

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1929 — N° 1

TRAVAIL
DE LA CLINIQUE DE DERMATO-VENEREOLOGIE
de la Faculté de Médecine d'Alger

La Langue de Jamin

Thèse

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 27 Février 1929

PAR

ALCAY LOUIS-HENRI

Né le 29 Septembre 1901 à Blida (Départ^t d'Alger)

Membres du Jury :

MM. RAYNAUD, <i>Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphili- tiques et cutanées</i>	Président
GILLOT, <i>Professeur de clinique médicale in- fantile</i>	Juges
POROT, <i>Agrégé (médecine)</i>	
LEBON, <i>Agrégé (médecine)</i>	

ALGER
IMPRIMERIE PEIFFER & ASSANT
2, RUE MARIE-LEFEBVRE
1929

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER
ANNÉE 1929 — N° 1

TRAVAIL
DE LA CLINIQUE DE DERMATO-VENERELOGIE
de la Faculté de Médecine d'Alger

La Langue de Jamin



Thèse

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement le 27 Février 1929
PAR

ALCAY LOUIS-HENRI

Né le 29 Septembre 1901 à Blida (Départ^e d'Alger)

Membres du Jury :

MM. RAYNAUD, <i>Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées</i>	Président
GILLOT, <i>Professeur de clinique médicale infantile</i>	Juges
POROT, <i>Agrégé (médecine)</i>	
LEBON, <i>Agrégé (médecine)</i>	

ALGER
IMPRIMERIE PEIFFER & ASSANT
2, RUE MARIE-LEFEBVRE
1929

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN.....	MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
DOYEN HONORAIRE.....	HERAIL (*, I. U).
ASSESEUR.....	GILLOT (I. U).

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. ARDIN-DELTEIL (*, I. U).
Clinique ophtalmologique.....	CANGE (*, I. U).
Clinique médicale infantile.....	GILLOT (I. U).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	RAYNAUD (*, I. A. U).
Clinique chirurgicale.....	COSTANTINI (*, A. U. I. U).
Clinique obstétricale et puériculture du 1 ^{er} âge.....	LAFFONT (*, I. A. U).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LOMBARD (I. I. U).
Histologie et Embryologie.....	WEBER (*, I. U).
Anatomie pathologique.....	POUJOL (I. U).
Chimie biologique et toxicologie.....	MAILLARD (*, I. U).
Hygiène, hydrologie et climatologie..	CHASSEVANT (O. * O. I. U).
Physiologie	TOURNADE (O. *, I. U).
Pharmacie	MUSSO (I. U).
Chimie minérale et organique.....	
Médecine légale.....	GIRAUD (*, A. U. I. U).
Anatomie	LEBLANC (*, I. U).
Microbiologie et parasitologie.....	PINOY (*, I. U).
Physique médicale.....	PORTES (*, I. U).
Anatomie médico-chirurgicale et mé- decine opératoire.....	
Botanique et matière médicale.....	CABANES (*, I. U).
Pathologie générale et pathologie médicale.....	SENEVET (I. U).
	AUBRY (*, A. U. I. U).

PROFESSEURS HONORAIRES

TRABUT (O. *, I. U, O. U).	MM. HERAIL (*, I. U).
ARGAUD (*, I. U).	SOULIE (*, I. U).
VINCENT (*, I. U).	

CHARGÉS DE COURS

Enseignement théorique des élèves sages-femmes.....	MM. FUSTER (*, I. U).
Cours de cliniq. d'oto-rhino laryng.	ABOULKER (*, I. U).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. DUBOUCHER.
	FERRARI (I. U).
	POROT (A. U).
	LEBON (*, I. U).
	HERMANN, I.
	RIBET (I. U).
	WUNSCHENDORFF (I. U).
	HOUEL (*, I. U).
	COURRIER (I. U).
	FOURMENT.
Médecine	
Physiologie	
Anatomie.....	
Chimie Médicale.....	
Obstétrique	
Histologie	
Histoire naturelle pharmaceutique...	

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON AMI ARMAND JURAMIE

Interne des Hôpitaux

Mort victime du Devoir.

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON FRÈRE

A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RAYNAUD

Professeur de Clinique des maladies des Pays chauds
des maladies syphilitiques et cutanées
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui, après nous avoir accueilli
très aimablement comme externe
dans son service, voulut bien nous
faire le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

*Qu'il soit assuré de notre bien
vive gratitude et de notre profonde
admiration.*

A MON MAÎTRE ET JUGE

MONSIEUR LE DOCTEUR GILLOT

Professeur de Clinique médicale infantile

Il n'a cessé, au cours de nos études, de nous témoigner la plus attentive bienveillance.

Qu'il veuille bien trouver ici un modeste et très respectueux hommage de notre grande reconnaissance et de notre profond attachement.

A MES JUGES

MONSIEUR LE DOCTEUR POROT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉBON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

MESSIEURS LES PROFESSEURS

GILLOT

MAURICE RAYNAUD

MESSIEURS LES DOCTEURS

HENRI ABOÛLKER

DERRIEU

LUCIEN RAYNAUD

A MONSIEUR MONTPELLIER

Ancien Chef de Clinique

Chef de travaux à la Faculté de Médecine

*Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et n'a cessé de nous guider
de ses conseils éclairés.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'hommage sincère de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR COLONIEU

Chef de Clinique à la Faculté de Médecine

*Durant toute la durée de nos
études médicales, il fut pour nous
un maître doublé d'un grand ami.*

*Il ne cessa pendant la prépara-
tion de ce travail de nous prodi-
guer ses encouragements et fut
notre conseiller de tous les ins-
tants.*

*Qu'il soit assuré de notre entière
reconnaissance et de notre grande
amitié.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CATTANEI

En toute gratitude.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

AURIACOMBE, BALLISTE, MAYNADIÉ, LAURIAC, SY

A MES AMIS

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION



Ce que l'on a coutume de nommer muqueuse de la langue n'est en réalité qu'un lambeau de peau modifiée et adaptée à une fonction particulière.

L'embryologie, en effet, nous apprend qu'elle ne dérive point du feuillet interne du blastoderme, mais de son feuillet externe.

Et au point de vue pathologique, nous la voyons se comporter bien plus comme de la peau que comme une vraie muqueuse.

Ce qui donne à cette pseudo-muqueuse son apparence toute particulière, ce sont ses papilles et, plus spécialement encore pour le cas qui nous occupe, ses papilles filiformes.

Ces dernières, par leur nombre, par leur tassement, par leur longueur, vont simuler un enduit crémeux, blanchâtre. Mais si nous frottons légèrement, avec un vaccinostyle par exemple, la surface de la langue, nous voyons toutes les papilles, couchées tout à l'heure, se redresser, se renverser, se détacher les unes des autres.

Ces papilles peuvent être très longues et, suivant l'expression imagée de MM. MATHIEU et ROUX :

« Former une sorte de gazon qui se couche comme se couche l'herbe d'une prairie au passage d'une trombe d'eau. »

On a alors affaire aux langues pilleuses qui peuvent être blanches ou noires.

Chez tout individu, il se fait, d'une façon continue et lente, une desquamation linguale, constituée par la chute des productions épithéliales qui

forment la partie de beaucoup la plus longue des papilles filiformes.

Chez certains sujets, sous l'influence d'une dermite superficielle quelconque de la langue, cette desquamation peut prendre une intensité très grande.

En général, cette dermite linguale desquamative superficielle s'étend à toute la surface de la langue. Sur les bords, par suite du frottement contre les dents, les prolongements épithéliaux tombent, laissant à nu la muqueuse qui apparaît rouge, irritée, avec des papilles fongiformes saillantes et érectiles. Au contraire, sur la partie centrale restant au contact de la muqueuse palatine, les produits de desquamation restent adhérents, forment un épais gazon papillaire qui est très souvent dénommé, à tort, enduit blanchâtre.

Cet aspect de la langue que nous venons de décrire, nous le retrouvons dans les maladies d'ordre intestinal, par exemple chez les enfants atteints de colite chronique.

Mais ces phénomènes desquamatifs peuvent être limités :

Localisés sur les bords, comme dans la glossite exfoliatrice marginée ;

Localisés au dos de la langue, comme dans la glossite particulière qui fait le sujet de notre thèse.

Depuis le travail mémorable de FOURNIER sur les glossites syphilitiques secondaires, encore appelées glossites dépapillantes, plaques fauchées de la langue, alopécie linguale, etc..., il semble que nombre de médecins, non syphiligraphes, aient pour habitude d'étiqueter syphilitique tout individu porteur d'une desquamation en aire du dos de la langue. Et cependant, il existe des glossites dépapillantes,

des plaques fauchées de la langue qui n'ont aucun rapport avec la syphilis.

Durant ces deux années, nous avons vécu dans un milieu de dermatologistes en fréquentant la consultation de M. le Professeur Maurice RAYNAUD, celle de M. Lucien RAYNAUD, toutes deux sises à l'Hôpital de Mustapha, enfin et surtout la consultation de la S.S.B.M. où nous assistions M. le docteur MONTPELLIER. Nous avons ainsi eu l'occasion d'examiner attentivement plusieurs milliers de cavités buccales.

Nous faisons, en effet, systématiquement ouvrir la bouche et tirer la langue à tous les malades qui se présentaient à nous. Cela nous permit de déceler un très grand nombre de glossites de tous genres, même lorsqu'elles étaient complètement indolentes et ignorées du patient lui-même.

Cela nous permit aussi de constater qu'à côté de certaines affections superficielles de la langue, comme le lichen, la leucoplasie, la glossite exfoliatrice marginée, etc... qui sont parfaitement identifiées et facilement étiquetables, existe tout un fatras d'états pathologiques de la muqueuse linguale restés jusqu'à ce jour plus ou moins décrits, plus ou moins indéterminés.

Ceci tient-il à ce que ces lésions sont au seuil de la dermatologie et de l'oto-rhino-laryngologie ou bien plutôt à ce qu'il est très difficile de donner une étiologie certaine à ces lésions plus ou moins différentes ?

Les recherches de laboratoire présentent en effet un caractère particulièrement délicat, vu le nombre des germes plus ou moins pathogènes qui habitent la cavité buccale et la muqueuse de la langue.

Connaissant trop, par expérience, l'embarras du praticien devant de telles lésions, nous voulons, par ce travail, éclairer un coin de ces ténèbres en décrivant et en faisant connaître la glossite décrite par M. H. JAMIN et observée depuis de nombreuses années par M. MONTPELLIER. Car, parmi toutes les glossites qui se présentaient à nous, la plus fréquemment rencontrée fut, sans nul doute, cette glossite dépapillante particulière qui fait l'objet de notre travail.

L'étude historique rapidement esquissée, nous ferons une description clinique des lésions, nous décrirons les aspects particuliers sous lesquels nous l'avons rencontrée, nous poserons le diagnostic différentiel et, enfin, nous discuterons de son étiologie et de son traitement.

HISTORIQUE

Bien que très fréquente, bien qu'existant très vraisemblablement depuis fort longtemps, cette *glossite particulière* n'est connue que depuis ces toutes dernières années et encore ne semble-t-elle connue que par bien peu de praticiens.

Or, voilà déjà dix ans, que MM. les docteurs HUCHARD et SIBENALER en rencontraient, pour la première fois, quelques cas au Sénégal et en Gorée.

En 1920, M. le médecin-major GAYOT signale de nombreux cas de glossites et de stomatites à l'école W. PONTY (Gorée).

En 1921, M. le médecin aide-major HILLERET en constate deux cas, toujours à la même école.

Mais ce n'est vraiment que depuis 1925 que cette glossite commence à se faire connaître.

En janvier, les archives de l'Institut Pasteur de Tunis publiaient, sous la signature Henri JAMIN, un exposé attentif d'une glossite décapillante saisonnière, non syphilitique.

H. JAMIN, qu'une mort subite enlevait alors même que sa publication était sous presse, avait su, dès 1917, date de son arrivée à Tunis, dépister cette glossite particulière. Il en avait saisi le caractère périodique, saisonnier, et attachait à ce signe tant de valeur qu'il la dénommait: « STOMATITE D'AUTOMNE ».

En mars de la même année, M. le docteur NOGUÉ, constatant une épidémie à Dakar, en fait une description très complète qu'il illustre de quatre photographiés.

Le premier, il insiste sur la perlèche qui accompagne si souvent cette glossite.

Peu de temps après, MM. MATHIS et GUILLET de Dakar font une nouvelle publication dans laquelle ils rapportent les idées de M. MALAUSSÈNE.

A Alger, M. MONTPELLIER avait été frappé, depuis déjà de nombreuses années, par une curieuse glossite dépapillante qui, pour lui, se détachait nettement des différentes glossites superficielles identifiées jusqu'ici.

Il l'avait notamment constatée et signalée sur les nègres militaires originaires de l'A.O.F. au cours de ses travaux sur la gale filarienne. Voici ce qu'il écrivait à ce sujet dans un mémoire publié avec LACROIX en 1922 :

« Nous avons noté, sur certains sujets, une dé-
« papillation curieuse de la muqueuse linguale. Il
« s'agit d'une glossite superficielle, érythémateuse,
« dépapillante, généralement totale, parfois se can-
« tonnant à une seule portion de la face dorsale
« de la langue. La dépapillation n'est pas toujours
« intégrale; il s'agit souvent d'une simple desqua-
« mation de la muqueuse sur laquelle saillent les
« papilles filiformes et hémisphériques.

« A peu près constamment, elle s'accompagne
« d'un épaissement œdémateux de la masse lin-
« guale sur les côtés de laquelle viennent s'im-
« primer les couronnes dentaires. Tout ceci n'a
« aucune ressemblance avec les plaques fauchées
« syphilitiques de cet organe, non plus qu'avec la
« glossite exfoliatrice marginée aberrante. C'est un
« état assez comparable, cliniquement, à ce que
« Brocq décrit sous le nom de glossite des arthri-
« tiques nerveux. »

Dès la publication de l'article de JAMIN sur la
« glossite d'automne » en 1925, M. MONTPELLIER

n'eût pas de peine à rattacher à cette curieuse glossite décapillante la glossite qu'il avait si souvent observée en Algérie sans chercher autrement à l'identifier. Dès lors, durant les années 1926 et 1927, avec le concours de MM. CATANEI et COLONIEU, il se mit en devoir d'étudier cette curieuse affection.

Alors que M. CATANEI s'occupe du côté laboratoire, MM. MONTPELLIER et COLONIEU observent de nombreux cas de cette glossite et en donnent, en de nombreuses relations parues tant en Algérie qu'en France, une description complète et détaillée, illustrant un de leurs rapports, adressé à la Société Française de dermatologie et syphiligraphie, d'une très belle photographie des lésions.

Ils firent remarquer que cette glossite s'accompagnait très souvent de perlèche, de stomatite et de pyorrhée alvéolo-dentaire. Les premiers, ils notèrent l'évolution cyclique de cette affection et décrivent les 3 stades successifs suivant lesquels nous l'avons toujours vu évoluer et dont nous aurons à parler longuement par la suite. C'est d'ailleurs, guidés de leurs conseils journaliers, appuyés de leur aide constante, que nous avons entrepris et mené à bout de travail.

En 1928, M. KATZENELLENBOGEN, dans un journal allemand, rapportait l'observation d'une glossite épidémique en Palestine.

Enfin, en juillet dernier, M. SASSIER publiait le compte rendu d'une épidémie ayant atteint, dans le courant de 1928, de nombreux tirailleurs sénégalais à Alger.

Dans le but de rendre hommage à celui qui, le premier, remarqua la personnalité de cette glossite, qui en donna la première description complète et qui, vivant, n'eut pas manqué d'en appro-

fondir l'histoire, nous nous permettons, à l'exemple de MM. MONTPELLIER et COLONIEU, de donner à cette glossite nouvelle, le nom du regretté dermatologiste de Tunis et de l'appeler :

« *La glossite de JAMIN* »

Au surplus, cette dénomination a l'avantage de ne préjuger ni de son étiologie, ni de sa pathogénie, et, pour le moment, ce n'est pas là son moindre mérite.

Observation Type

Le 7 janvier 1926, se présentait à la consultation de la S. S. B. M. un indigène, âgé de 45 ans, demeurant à Alger, employé comme manœuvre sur un chantier de construction.

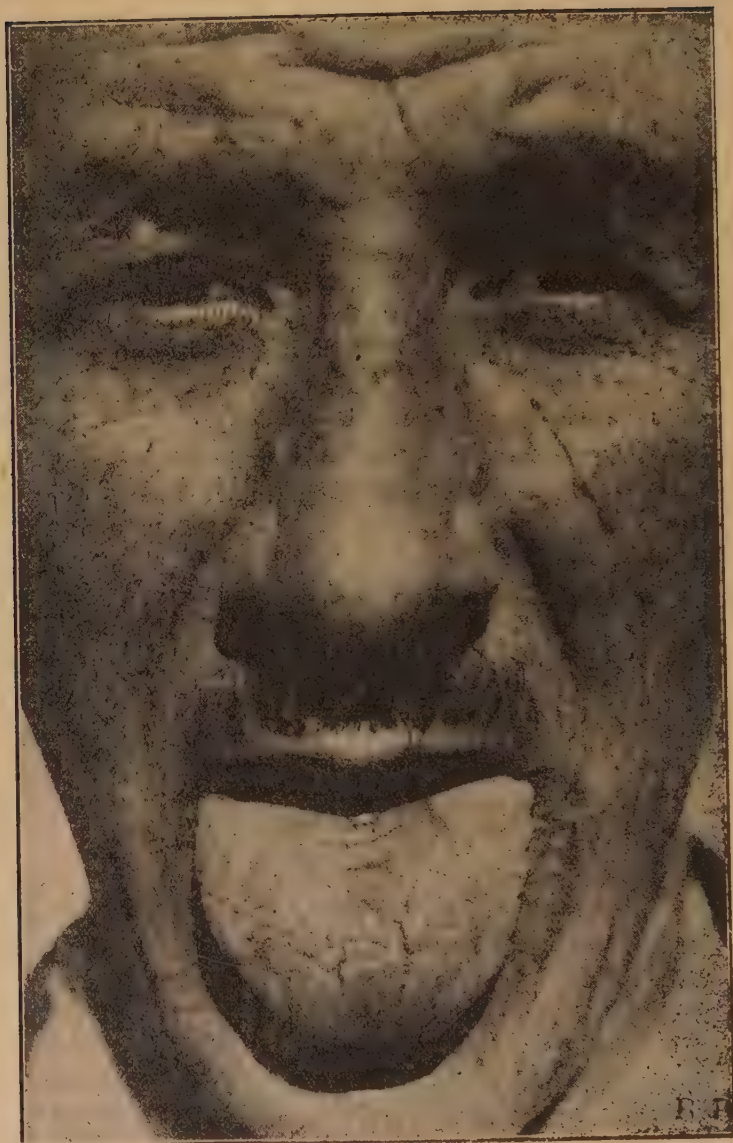
A peine introduit, le malade ne nous laisse point le temps de l'interroger, et, nous suppliant du regard, il nous montre sa langue qu'il tire désespérément.

Nous sommes immédiatement frappés de l'aspect tout particulier que présente sa muqueuse linguale ; toute la pointe et la région médio-centrale de la langue sont complètement dépapillées, lisses, rouges, formant un coin encastré dans le chevelu du gazon papillaire.

Ce dernier ne subsiste que sur deux bandes latérales qui forment un V ouvert en avant, à bords sinueux et nets. Il est épais, très long, blanc-jaunâtre, simulant à s'y méprendre un enduit crémeux.

La partie comprise entre les deux branches du V est unie, d'aspect brillant et humide, d'une teinte particulière rouge violacé.

En examinant de plus près cette zone qui semble avoir été fauchée, on voit qu'elle est recouverte, çà et là, de petites taches opalines formées par une mince pellicule lactescente et adhérente que l'on peut enlever par raclage ; qu'elle est coupée de nombreuses raghades plus ou moins profonde, plus ou moins étendues et dont certaines sont déjà ulcérées ; enfin qu'au niveau de la pointe existe un semis de points rouge vif, de la grosseur d'un grain de millet, formés par la saillie des papilles fongiformes irritées et érectiles.



LANGUE DE JAMIN (2^e Période).

Au toucher, ce placard dépapillé ne donne aucune sensation spéciale : la muqueuse est souple et humide.

Les bords de la langue, légèrement œdématisés, gardent encore l'empreinte des arcades dentaires.

Les muqueuses jugales et palatine sont légèrement plus rouges qu'à l'ordinaire, dépolies, rugueuses au toucher.

Un mince liseré blanc dessine sur la face interne des joues le sillon interdentaire.

La lèvre inférieure est oedématisée, sa muqueuse interne est rouge cerise et présente des placards érythémateux de taille irrégulière, de teinte rouge vif.

La commissure buccale droite est recouverte d'un enduit blanchâtre et laiteux, résistant au grattage : véritable perlèche.

Enfin, nous notons en plus un état désastreux de la denture de ce malade : gingivite avec pyorrhée alvéolo-dentaire, déchaussement des dents qui sont d'ailleurs presque toutes atteintes de caries plus ou moins avancées, d'où légère fétidité de l'haleine.

Enfin, la palpation du creux sous-maxillaire nous montre l'existence de petits ganglions légèrement douloureux.

Ayant subi en silence notre examen minutieux, voici comment, par un récit hâché de nombreuses poses, il raconte l'histoire de sa maladie.

Il y a deux semaines environ, fumant sa cigarette matinale, le malade ressentit au niveau de sa muqueuse linguale, une sensation de légers picotements.

Il ne prêta que peu d'attention à ce phénomène avant-coureur. Mais aux cigarettes suivantes, ces picotements se firent de nouveau sentir, devenant

chaque fois de plus en plus gênants. Puis, le contact des aliments, de la croûte de pain en particulier, provoqua chez notre patient une sensation d'ardeur, de brûlure fort désagréable, et, peu à peu, sa bouche acquit une sensibilité telle que la mastication ne fut plus tolérée. Bientôt, les boissons, même les plus anodines, comme le lait et l'eau pure, provoquèrent par leur passage une impression des plus pénibles. Au repos, le malade ne souffrait pas, mais tout mouvement de la langue faisait apparaître les douleurs, et parler fut bientôt pour lui un véritable supplice.

La nuit, le malade se réveillait parfois ayant l'impression d'avoir sur la langue de la poix brûlante ou d'être piqué par des milliers d'aiguilles.

Quoique grand fumeur, il avait été obligé de déposer sa cigarette et, vaincu par la douleur, bien qu'ayant conservé son appétit, il faisait la greve de la faim.

Il n'accusait aucun trouble intestinal et son état général semblait parfait.

Il venait nous supplier de le soulager, de le guérir.

Un examen général nous montre une streptococcie cutanée des membres inférieurs.

Il n'ait tout antécédent spécifique. On ne relevait d'ailleurs aucune trace de chancre, point de ganglions épitrochléens ou cruraux. Ses pupilles étaient régulières et égales, réagissant bien à la lumière; tous ses réflexes étaient normaux.

Enfin, les réactions de H. et de B. W. furent négatives dans son sérum sanguin. En un mot, état général parfait, simple sensation d'ardeur dans la cavité buccale.

SIGNES OBJECTIFS

Cette observation est le tableau clinique d'une glossite de JAMIN observée au stade numéro 2.

En effet, la langue, dont les bords et la face inférieure sont toujours respectés, peut présenter plusieurs aspects objectifs différents suivant l'ancienneté des lésions.

Epousant les idées de MM. MONTPELLIER et COLONIEU, nous les avons groupés en trois stades successifs qu'il est facile de schématiser ainsi.

Premier Stade. — Au début, la langue offre dans son ensemble un aspect saburréal et granité. Elle semble recouverte d'un épais enduit crémeux, blanc jaunâtre, parfois de teinte chamois.

En raclant la surface de la muqueuse, on s'aperçoit que cet enduit est dû à une prolifération excessive des papilles filiformes.

Au milieu de ce gazon papillaire, épais et sale, se détache une ou plusieurs petites surfaces rosées, bien circonscrites, complètement dépapillées. Ces plaques, rendues lisses, unies et polies par la chute totale des papilles filiformes, contrastent avec l'état vilieux des parties avoisinantes.

« On sait, nous dit M. CORNIL, que les papilles
« filiformes qui constituent comme des touffes
« d'herbe sur le dos de la langue, présentent un
« piquant, une longue saillie composée de cellu-
« les cornées imbriquées les unes dans les autres

« et dont les plus inférieures sont implantées sur
« une petite papille à peine saillante. »

« La partie épithéliale cornée a une très gran-
« de longueur, 1/2 m/m, un millimètre et plus.
« Que ces énormes prolongements tombent (et ils
« tombent en réalité au niveau des plaques mu-
« queuses que nous étudions), vous aurez une
« plaque lisse, plane, recouverte simplement par
« les couches stratifiées du corps muqueux, mais
« privée de ses prolongements filiformes d'épider-
« me corné. La plaque paraît dans son ensemble
« d'autant plus lisse, d'autant plus déprimée
« qu'autour d'elle, les prolongements cornés de pa-
« pilles filiformes sont conservés avec leur lon-
« gueur accrue encore, par l'inflammation lingua-
« le, etc... »

Ces petits îlots alopéciques ont pour lieu d'élection la partie centrale de la langue, de part et d'autre du sillon médian qui est toujours plus accusé qu'à l'état normal. Ces plaques, dont le contour est toujours net, sont variables de configuration et d'étendue. Quelquefois régulièrement arrondies, elles présentent le plus souvent une forme ovalaire à grand axe antéro-postérieur, à bords irréguliers et francs. Enfin, elles peuvent être polycycliques de contour, sans doute lorsque des plaques voisines se sont agminées et confondues. Elles ont, au début, la grosseur d'un grain de mil, d'une tête d'épingle, puis, s'étendant du centre vers la périphérie, elles atteignent la taille d'une pièce de 50 centimes, et finissent enfin par former un grand placard glabre, occupant toute la partie médio-centrale.

Les 3 types évolutifs de la Glossite de Jamin



1^{ère} Période



2^{ème} Période



3^{ème} Période

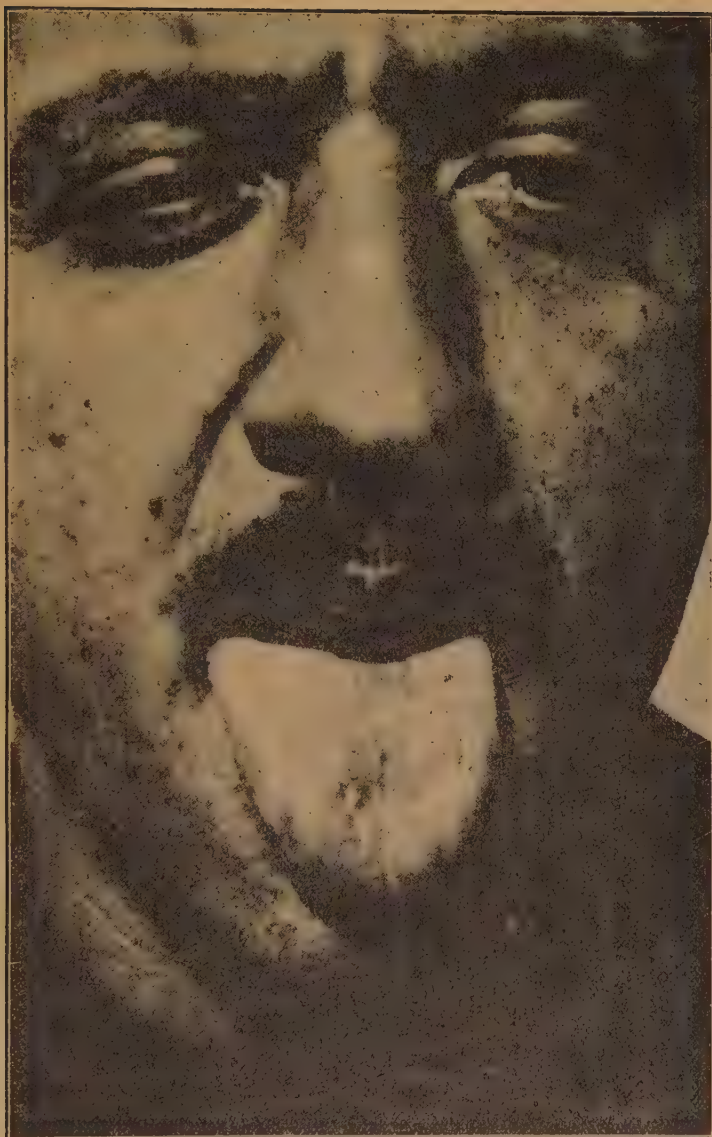
Au toucher, la muqueuse est fine, souple. Nulle part, tant au niveau des îlots dépapillés qu'au niveau des zones hyperpapillées, on ne note d'induration, de début de sclérose.

Dans certains cas, toute la langue est légèrement oedématisée et les bords gardent l'empreinte des arcades dentaires.

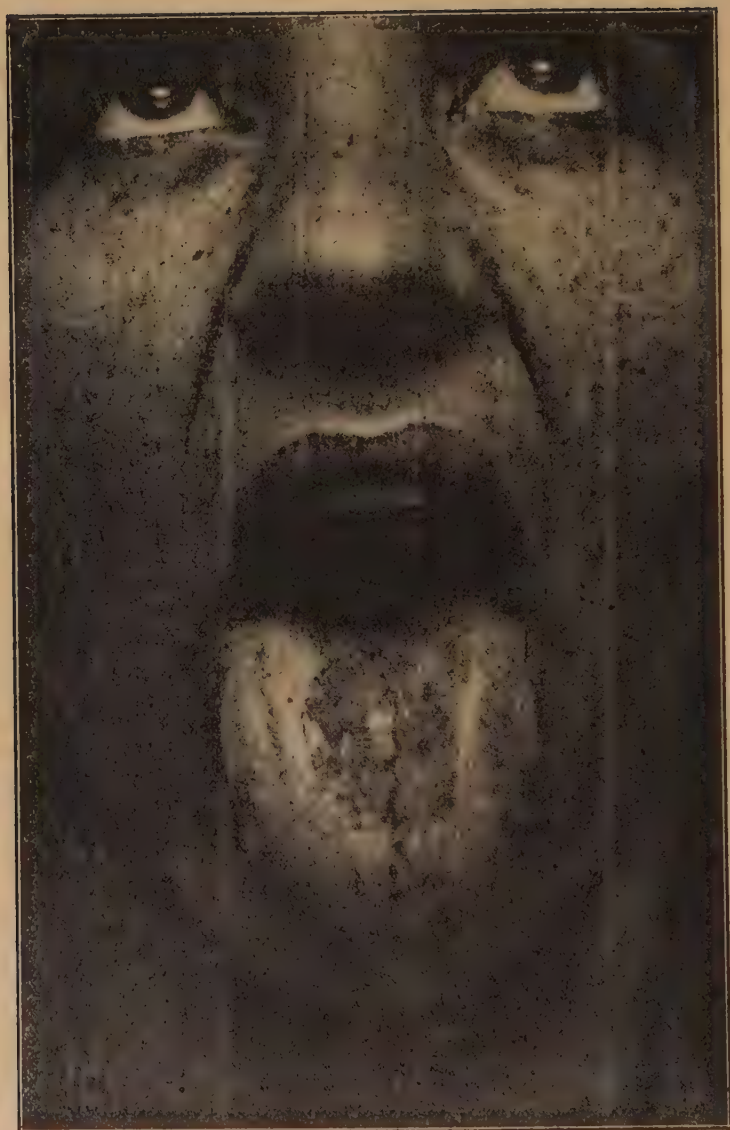
Deuxième Stade. — La dépapillation a gagné toute la partie médio-centrale et la pointe de la langue.

Du gazon papillaire, il ne subsiste plus que deux bandes latérales, à bords sinueux et francs. Toute la plage comprise entre les deux branches du V est de teinte rouge, beaucoup plus foncée que celle des petites plaques primitives. En outre, elle est humide, brillante, quelquefois vernissée. En examinant de plus près, on voit sur ce fond rouge et homogène, se dessiner un pavage irrégulier et discret, formé de petites taches nacrées, petites taches que l'on peut facilement faire disparaître en enlevant, par le frottement, de minces pellicules lactescentes et adhérentes qui recouvrent, çà et là, la muqueuse dépapillée. Toute la pointe de la langue apparaît comme cloutée de petits points rouge vif, de la grosseur d'un grain de mil : ce sont les papilles fongiformes qui, très irritées et érectiles, font saillie au niveau de la muqueuse complètement dépourvue de son chevelu papillaire.

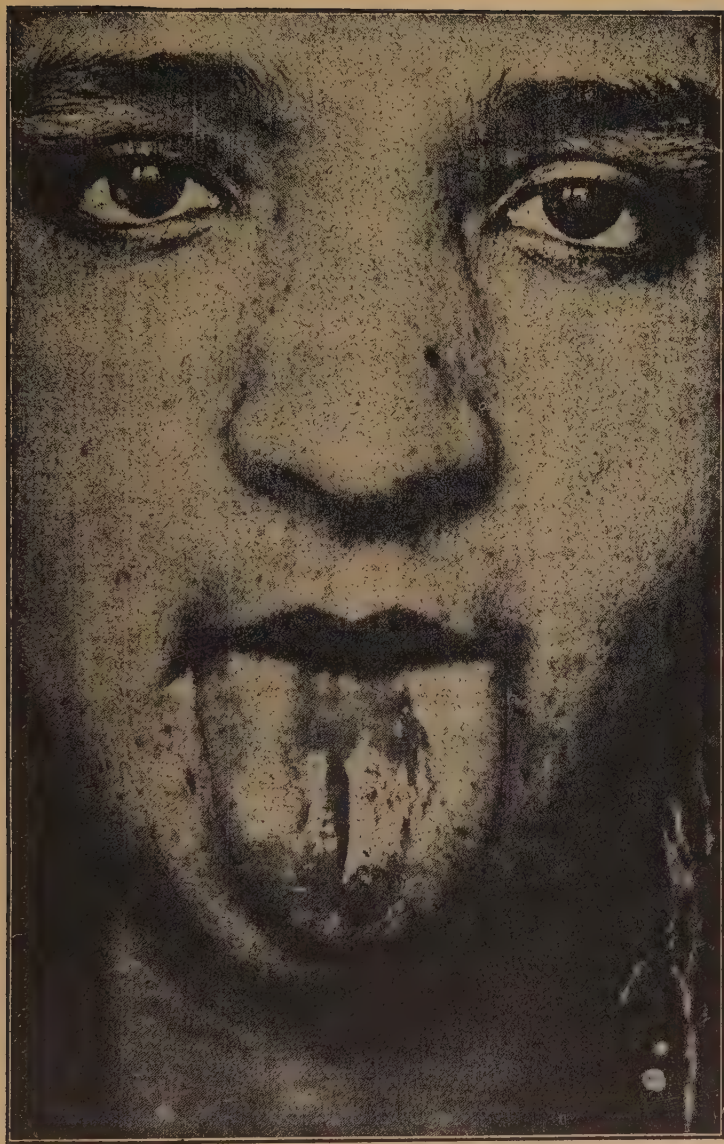
Parfois, au niveau de la zone centrale, région rase et désertique, subsistent de véritables oasis, vestiges des parties comprises entre les diverses plaques qui se sont confondues. Ces îlots encore papillés, rongés par leurs bords, fondent peu à peu et ne tardent pas à disparaître.



LANGUE DE JAMIN (2^e Période).



LANGUE DE JAMIN (2^e Période).
Rappelant la Glossite losangique médiane de Brocq.



LANGUE DE JAMIN (2^e Période).

De plus, on note très souvent à ce stade une exagération des plis normaux de la langue. Ces raghades, plus ou moins régulières, plus ou moins profondes, peuvent aller jusqu'à la fissuration. Elles sont parfois si nombreuses qu'elles donnent à la langue un aspect faussement scrotal.

Le toucher ne dénote aucune modification de la consistance normale de la langue.

L'évolution se poursuivant, les branches du V s'ouvrent peu à peu, tendant à devenir parallèles. Elles ne forment plus bientôt que deux bandes latérales qui, rongées par leur bord interne, diminuent d'épaisseur et finissent par disparaître..

Au stade n° 2 s'est ainsi substitué le stade suivant.

Troisième Stade. — Dans cette dernière période, la dépapillation a gagné toute la surface dorsale. La muqueuse présente une teinte spéciale rose lilas. Lisse, luisante, elle semble recouverte d'une mince couche de vernis, aspect dû à la pellicule lactescente du stade précédent qui recouvre ici tout le dos de la langue. Malgré cet aspect faussement sclérosé, la muqueuse reste toujours souple au toucher et ne donne jamais l'impression d'être parcheminée. Le plus souvent, à la partie la plus reculée, près du V lingual, subsiste encore une mince zone saburrale, vestige de l'hyperpapillation primitive.

Le ponctué rouge que formaient les papilles fongiformes au niveau de la pointe, a disparu ou ne tarde pas à disparaître.

Suivant les cas, les ravins se sont effacés, ou au contraire se sont multipliés, creusés et ulcérés. La fissuration de ces raghades a pour effet de modi-



LANGUE DE JAMIN (Début de la 3^e Période).



LANGUE DE JAMIN (Fin de la 3^e Période).

fier les caractères douloureux dont nous parlerons plus loin.

A côté de cette glossite décapillante, qui évolue suivant ses trois stades successifs, existent divers symptômes objectifs, sans doute inconstants, mais qui, par leur fréquence, doivent entrer dans notre tableau clinique du fait qu'ils sont communs aux trois périodes :

1. — Perlèche et streptococcie labiales

Dès le premier stade, le devançant même de quelques jours, se produit dans la majorité des cas, au niveau des commissures labiales, une exfoliation épithéliale de la muqueuse. Là, l'épithélium, comme sous l'action d'une macération, se frippe, se chiffonne, prend une teinte blanchâtre, laiteuse, mais reste adhérent, résistant au grattage.

La lésion qui affecte l'extrémité de l'une ou l'autre lèvre, se présente en feuillet de livre, dont les deux segments sont adossés ou séparés, suivant que la bouche se ferme ou s'entr'ouvre. Un léger sillon ulcéreux sépare, parfois, ces deux segments. Cette perlèche commissurale peut être unie ou bilatérale. Sa coïncidence est si fréquente qu'elle nous permit de dépister plusieurs cas de glossite de JAMIN en traversant les salles de l'Hôpital de Mustapha. Certains sujets présentant une forme non douloureuse, ignoraient eux-mêmes leur lésion.

Cette perlèche se continue quelquefois sur tout le versant externe des lèvres, qui perd son brillant, sa finesse, sa souplesse, son aspect humide et lisse. Les lèvres, sèches, sont le siège d'une desquamation furfuracée, pytériasique, caractéristique. Parcheminées au toucher, elles présentent le plus souvent de nombreuses fissures verticales. A

noter que tous ces phénomènes s'arrêtent à la limite due à l'occlusion physiologique des lèvres.

Cependant, au niveau des commissures, la perlèche peut déborder sur la muqueuse jugale avoisinante et prêter à confusion avec les plaques de leucoplasie.

2. — Stomatite

Dans certains cas particulièrement aigus, à l'ouverture de la cavité buccale, on voit que toute la muqueuse qui tapisse cette cavité, participe au processus.

La face interne des lèvres, et tout particulièrement de la lèvre inférieure, la face interne des joues, le palais et même le voile peuvent présenter des placards érythémateux plus ou moins étendus.

Au niveau de ces placards à contours irréguliers, la muqueuse est décapée, rouge, dépolie, rugueuse au toucher. On note parfois l'existence de points rouge vif, souvent cerclés d'une petite auréole blanchâtre. Quelquefois même, il existe une tuméfaction des amygdales qui sont rouges et douloureuses.

La lèvre inférieure est souvent oedématisée, de même que la face interne des joues. Cette dernière garde alors l'empreinte des molaires, tandis qu'un fin liseré blanchâtre y dessine le sillon interdentaire.

C'est seulement dans ces cas aigus, compliqués de stomatite, que la palpation décèle dans la région sous-maxillaire l'existence de ganglions tuméfiés et douloureux.

3. — Pyorrhée alvéolo-dentaire

L'examen de la denture, chez ces individus qui ne prennent en général aucun soin d'hygiène de leur cavité buccale, montre le plus souvent, au niveau du collet des dents, l'existence d'un liseré blanchâtre formé d'un magma épais, sableux et purulent. Ce magma enlevé, la gencive apparaît rouge, excoriée, saignant au moindre contact.

Les dents sont atteintes de carie plus ou moins avancée. Les incisives, et particulièrement celles de la mâchoire inférieure, branlent dans leurs alvéoles et semblent ne demander qu'un effort minime pour être extirpées.

Ce mauvais état dentaire donne à l'haleine une odeur fétide qui n'existe point dans les cas, rares du reste, non compliqués de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Tous ces symptômes communs aux trois périodes forment le cortège habituel de la glossite de JAMIN, et ce n'est que dans des cas fort rares, que nous avons observé la lésion localisée uniquement à la langue.

Enfin, les malades sont très souvent porteurs de lésions streptococciques : impétigo du cuir chevelu, de la face ou du corps ; souvent aussi, nous les avons vus porteurs de rhinite chronique.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Bon nombre de consultants viennent à nous ignorant l'aspect si particulier que présente leur muqueuse linguale. Ils viennent uniquement parce qu'ils souffrent, nous demandant de les soulager; c'est dire le rôle important, primordial que joue le symptôme douleur, dont nous allons maintenant nous entretenir.

Dès le début des lésions, le malade ressent, à l'occasion de ses repas ou, s'il fait usage du tabac, en fumant des cigarettes, une gêne particulière qui consiste en de légers picotements perçus au niveau de sa muqueuse linguale.

L'indigène de nos pays, peu soucieux de sa personne, ne prête en général que peu d'attention à ces phénomènes primitifs, et ce n'est que lorsque cette gêne s'est changée en véritable douleur qu'il se décide à venir à nos consultations.

Ceci explique que nous ayons très rarement l'occasion d'examiner cette glossite à son stade primitif et que, par contre, nous la rencontrons très souvent à son stade d'état où les phénomènes douloureux sont en général très accusés.

En effet, cette gêne va de jour en jour s'accroître, les picotements se font de plus en plus douloureux; en outre, le malade ressent une sensation d'ardeur, de cuisson, chaque fois qu'il s'alimente.

Au début, cette sensation douloureuse n'est produite que par la mastication des corps durs, comme la croûte de pain, ou des mets acides ou épi-

cés, dont nos indigènes sont très friands : le poivre rouge, le fel-fel sont en effet pour eux des condiments journaliers. Puis, la douleur est réveillée par le contact des boissons chaudes, le thé, le café, dont ils sont très amateurs ou par les boissons glacées dont ils font un usage moins coutumier. Enfin, bientôt, tous les aliments, les plus épicés comme les plus anodins, le poivre et le piment comme l'eau pure et le lait, les plus dures comme les plus onctueux, déterminent par leur contact une sensation de brûlure fort douloureuse.

Au dire des malades « ils ont l'impression d'avoir le feu dans la bouche », ou encore « d'avoir de la poix brûlante sur la langue », et ils sont réduits à s'alimenter de lait tiédi.

Enfin, dans les formes très aiguës, le simple décollement des muqueuses, le moindre mouvement de la langue réveille la douleur, rendant la phonation très pénible. Parfois même le malade est réveillé la nuit par une sensation atroce de brûlure.

Il nous a été donné d'observer plusieurs sujets qui, redoutant de souffrir, se laissaient, en silence, mourir de faim.

Par contre, phénomène contradictoire, la muqueuse linguale est peu ou pas douloureuse au toucher. En outre, elle a conservé ses propriétés gustatives et sensorielles : les malades reconnaissent parfaitement l'amer du sucré, le salé du poivré, le chaud du froid, la piqure du frôlement, etc..., que ces expériences soient faites au niveau des zones papillées ou dépapillées.

L'état général n'est jamais touché. L'appétit est parfaitement conservé, on ne note aucun trouble gastro-intestinal, aucune élévation thermique.

C'est à la fin du premier stade et pendant toute la durée du deuxième que les douleurs sont de beaucoup les plus pénibles. Dès le début du troisième stade, elles se font moins vives, moins aiguës et disparaissent souvent avant que la dépapillation soit complète, marquant la guérison de l'affection.

EVOLUTION

La glossite qui nous occupe, bien que très souvent fort gênante et fort douloureuse, est une affection bénigne. Elle évolue en un à trois mois environ, et se termine toujours par une restitution *ad integrum*. Sur la muqueuse complètement décapée, on voit, les phénomènes douloureux ayant disparus, se faire une repapillation et la langue reprendre en une semaine environ son aspect normal.

Un fait à retenir est la fréquence des rechutes : nous avons vu ces rechutes se produire, soit au début de la repapillation par une exacerbation des phénomènes douloureux, soit plusieurs années après une première atteinte suivie de guérison complète.

FORMES CLINIQUES

A côté de la forme typique que nous venons de décrire et que nous avons rencontrée *quatre-vingt-dix fois sur cent environ*, il existe certains cas qui s'en écartent quelque peu par la prédominance ou la durée de tel ou tel symptôme.

I. — FORMES D'APRES LES SYMPTOMES FONCTIONNELS

a) FORMES INDOLORES :

Nous avons eu l'occasion d'examiner assez fréquemment des formes de glossite de JAMIN qui, classiques par leur aspect objectif, évoluaient sans aucun symptôme douloureux.

Le plus souvent, le malade ignore lui-même sa lésion ; aussi s'étonne-t-il de nous voir, au cours d'un examen général, nous attarder sur sa muqueuse linguale dont il ne souffre point et qu'il croit normale.

Nous sommes le plus souvent aidés, pour dépister ces cas, par les symptômes objectifs qui forment le cortège habituel de la langue de JAMIN (perlèche, etc.) et dont nous avons déjà parlé.

Il serait intéressant de rechercher cette forme fruste chez tous les consultants de chirurgie et de médecine générale car, sans aucun doute, cette forme est beaucoup plus fréquente que ne le montre notre statistique.

C'est ainsi qu'en regardant des photographies prises à l'hôpital de Mustapha, nous fûmes un jour frappés de voir un cliché représentant une glossite de JAMIN à la période d'état. Cette photographie, que nous reproduisons, avait été prise, pour montrer le succès d'une intervention chirurgicale ayant porté sur le maxillaire inférieur. Le malade n'ayant pas encore quitté l'hôpital, nous pûmes facilement le retrouver. Il fut tout surpris d'apprendre que sa muqueuse linguale, dont il n'avait jamais souffert, présentait un aspect anormal. L'évolution se fit suivant le cycle habituel, nous permettant d'avoir quelques jours plus tard, une photographie de la langue de JAMIN au début de la troisième période.

b) FORMES HYPERDOULOUREUSES :

A côté de ces formes frustes, difficiles à déceler, existent des formes excessivement douloureuses, heureusement assez rares.

Quelquefois, les lésions sont objectivement localisées à la langue seule, mais le plus souvent, ces formes sont compliquées de stomatite intense : toute la muqueuse buccale est rouge, irritée, dépolie.

Les douleurs continues, incessantes durant le jour, augmentent encore d'intensité vers le soir, privant le malade de tout sommeil. Le simple décollement des muqueuses, le moindre mouvement de la langue déclanchent des paroxysmes douloureux. Vaincus par la douleur, les malades ne peuvent ni s'alimenter, ni prendre de repos, ni même se plaindre.

Nous avons vu ces formes se compliquer *souvent de sialorrhée*. Les malades, bavant sans cesse, ne peuvent entr'ouvrir la bouche sans que de leurs

commissures labiales ne file une salive épaisse et visqueuse.

Cette salive qu'ils sont sans cesse obligés de déglutir, n'a aucune odeur ; elle peut cependant, dans les cas compliqués de *pyorrhée alvéolo-dentaire*, présenter une légère fétidité.

Par contre, la muqueuse buccale peut parfois présenter une *sécheresse excessive*. Toute la muqueuse buccale, rouge et privée de son humidité coutumière, provoque chez les malades une sensation fort désagréable, nécessitant l'absorption fréquente de boissons tièdes.

II. — FORMES D'APRES LES SIGNES PHYSIQUES

a) FORMES FAUSSEMENT SCROTALES :

Dans certains cas, l'exagération des plis normaux de la langue est telle que cette dernière est sillonnée en tous sens par de nombreux ravins plus ou moins profonds, plus ou moins sinueux, présentant de multiples ramifications latérales. Ainsi raviné, le dos de la langue rappelle assez bien l'aspect d'un scrotum ou de la face convexe du cerveau. Au fond de ces ravins peuvent séjourner des débris alimentaires qui deviennent un milieu éminemment favorable à la pullulation des germes.

La langue est très souvent oedématiée et rouge. En plus, le fond de ces ravins peut se fissurer, devenant douloureux au moindre contact. Ceci explique que cette forme plicaturée est particulièrement douloureuse puisque, au symptôme subjectif de la glossite de JAMIN, s'ajoute la douleur causée par la fissuration des ravins.

b) FORMES ISOLÉES SANS SIGNES ASSOCIÉS :

En général, comme nous l'avons vu, la perlèche, la streptococcie des lèvres, la stomatite, la pyorrhée alvéolo-dentaire forment un cortège habituel à la glossite de JAMIN ; mais tous ces signes ne sont que des symptômes associés et nous avons rencontré quelques cas qui ne s'entouraient d'aucun autre symptôme et qui évoluaient chez des individus, prenant grand soin de leur cavité buccale. Il n'en n'est pas toujours ainsi et ces cas de glossite isolée ne sont qu'exceptionnellement rencontrés.

c) FORMES A PRÉDOMINANCE DES SIGNES DE STOMATITE :

Beaucoup plus souvent, la glossite de JAMIN s'accompagne de son cortège et quelquefois, elle semble même passer au second plan, tant la stomatite qui l'accompagne est aiguë et étendue. Toute la muqueuse buccale, des commissures labiales jusqu'aux piliers postérieurs du voile, y compris la voûte palatine, est le siège d'un énanthème formé de points rouge vif sur une muqueuse congestionnée et dépolie. La face interne des joues, la face interne des lèvres et de la lèvre inférieure en particulier, sont souvent le siège d'exulcérations plus ou moins étendues, entourées d'un liseré blanchâtre, simple magma épithélial. Les lèvres sont très œdématiées et leur versant extérieur est fissuré de nombreuses raghades verticales, saignant au moindre heurt. Les amygdales sont elles-mêmes touchées, rouges, congestionnées, parfois creusées de cryptes plus ou moins profondes, plus ou moins sagnieuses ; elles sont très douloureuses et rendent la déglutition fort pénible.

En outre, les malades se plaignent de leur région sous-maxillaire où la palpation décèle des ganglions tuméfiés et douloureux.

Dans ces cas, il est de règle d'observer chez le malade une légère élévation thermique.

III. — FORMES D'APRES L'EVOLUTION

a) FORMES ABORTIVES :

Nous avons vu que l'évolution moyenne était de 1 à 3 mois, mais il existe des formes abortives qui ne présentent que le premier stade, la repapillation se faisant sans que les papilles hypertrophiées soient tombées.

Il nous a été donné d'observer un cas particulièrement curieux chez une jeune indigène, uniquement marqué par de la douleur. La langue ne présentait à l'examen aucun disque desquamatif, mais était simplement le siège d'une hyperpapillation des papilles filiformes. La mère et l'un des frères de la malade étaient atteints d'une glossite de JAMIN typique. Cette jeune indigène, revue une semaine plus tard, présentait une langue normale, tant au point de vue objectif que subjectif.

b) FORMES PROLONGÉES :

Par contre, nous avons observé des cas qui, résistant aux divers traitements, se prolongeaient pendant presque toute la saison froide. Ces formes sont d'ailleurs très rares et beaucoup plus fréquentes sont les formes suivantes :

c) FORMES A RECHUTE :

On constate une première atteinte suivie de guérison puis, quelques semaines après, nouvelle atteinte qui, quelquefois, est elle-même suivie d'une rechute. Chaque rechute étant moins grave, moins douloureuse, moins prolongée que l'atteinte précédente.

Maintenant que nous connaissons le tableau clinique de cette curieuse affection, que nous savons qu'elle peut frapper tous les individus à tous les âges de la vie, essayons d'en discuter le diagnostic.

DIAGNOSTIC

1° - Diagnostic positif

Le diagnostic positif de cette affection se fonde sur :

- 1° Son aspect clinique;
- 2° Sa notion d'épidémicité;
- 3° Ses signes fonctionnels;
- 4° Son cortège symptomatique habituel,

le tout coexistant avec un excellent état général.

2° - Diagnostic différentiel

Ecartant le classement généralement adopté en affections douloureuses et en affections non douloureuses, nous préférons diviser notre chapitre en :

1° Affections du dos de la langue, à type desquamatif, totalement différentes de notre glossite ;

2° Affections qui semblent se rattacher par certains points à la glossite de JAMIN ;

3° Affections qui semblent ne former avec elle qu'une seule et même entité morbide.

I. — AFFECTIONS DE LA LANGUE A TYPE
DESQUAMATIF TOTALEMENT
DIFFERENTES DE LA GLOSSITE DE JAMIN

1° Syphilis de la muqueuse buccale

a) Plaques muqueuses syphilitiques

Comme nous le disions précédemment, depuis les travaux mémorables de FOURNIER sur les glossites décapillantes syphilitiques, bien des médecins non syphiligraphes ont trop souvent tendance à étiqueter syphilitique tout individu porteur de plaques fauchées de la langue, nullement spécifiques.

Cette habitude est néfaste, d'abord parce qu'il est inutile, dispendieux et peut-être dangereux de soumettre au mercure, à l'arsenic et au bismuth des gens qui n'en ont que faire, et cela durant de nombreuses années; ensuite, parce qu'on n'a pas le droit de dire impunément à un individu porteur d'une langue de JAMIN, affection fort bénigne, qu'il présente des accidents de la syphilis, maladie si redoutée, si contagieuse, à pronostic si incertain malgré nos traitements actuels.

Et pourtant, de nombreux malades nous furent adressés afin d'être mis au traitement anti-spécifique.

L'un d'eux avait déjà reçu, bien que niant tout antécédent, plusieurs piqûres de 914 et, certain d'être syphilitique, se lamentait à la pensée qu'il avait peut-être contaminé à son insu sa femme et ses enfants.

Or, le B. W. et le H. furent négatifs; de plus, traité par du vaccin I.O.D., le malade vit, avec une joie sans pareille, sa langue reprendre en deux semaines son aspect normal.

Pourquoi donc toutes ces confusions : c'est que, comme nous allons le voir, le tableau des accidents secondaires syphilitiques qui fut brossé de main de maître par FOURNIER, semble par moment décrire notre lésion.

A côté d'une forme fissuraire qui se loge dans les sillons normaux de la langue, FOURNIER décrit une forme toute spéciale qu'il nomme : glossite dépapillante ou encore plaques lisses (fauchées en prairie du Prof. CORNIL, disques de desquamation de MAURIAC).

Voici comment il décrit les lésions :

« Au milieu du gazon du chevelu papillaire de
« la langue, on voit une ou plusieurs surfaces bien
« circonscrites qui sont devenues lisses, unies, po-
« lies, comme si l'on avait rasé les papilles et, par
« celà même, contrastent avec l'état villex des
« parties voisines. On dirait — la comparaison est
« si nette qu'elle s'impose — des surfaces *fauchées*
« *dans une prairie* » ; et plus loin : « Ces plaques
« ont toujours des contours nettement circonscrits,
« leur couleur est d'un rouge plus foncé que celui
« de la muqueuse normale.

« Elles sont irrégulières de configuration et
« d'étendue : quelquefois régulièrement arrondies,
« d'autres fois ovalaires à grand axe antéro-pos-
« térieur, d'autres fois irrégulières, mesurant en
« général l'étendue d'une pièce de 20 centimes,
« d'un haricot, d'une amande. Elles peuvent être
« beaucoup plus petites : grain d'orge, ou beaucoup
« plus considérables : véritable nappe pouvant
« occuper, par exemple, toute la partie antérieure
« de la langue. »

Si très souvent ces plaques muqueuses restent latentes et ignorées du malade, souvent elles se ma-

nifestent par une gêne de la mastication, de la parole, gêne qui peut aller jusqu'à la douleur vraie.

En général, il faut qu'à la plaque muqueuse s'adjoigne une cause d'excitation étrangère pour que le symptôme douloureux atteigne vraiment son apogée. Et en pareil cas, la cause d'excitation par excellence : c'est le tabac. Sous son influence, chez un fumeur qui fume incessamment — le type du genre est le fumeur de cigarettes — les plaques muqueuses deviennent rouges, cramoisies, turgescents, douloureux, extraordinairement douloureux.

Simultanément, toute la muqueuse buccale rougit et s'enflamme à l'unisson. Et une salive réflexe s'accroît jusqu'à dégénérer en un ptyalisme continu. Les douleurs ressenties à la mastication se font intolérables ; les liquides, même les plus anodins, excitent par leur passage une impression des plus pénibles. La parole s'embarrasse en raison des difficultés des mouvements de la langue et d'un afflux salivaire exubérant.

« Un tel ensemble de symptômes, nous dit FOUR-
« NIER, n'est point l'œuvre de la syphilis seule, il
« compose en réalité une espèce d'hybride, résul-
« tant d'une association d'une stomatite nicotinique
« à des syphilides buccales. »

« D'autre part, la forme de la lésion n'est pas
« sans importance : ainsi une plaque muqueuse éta-
« lée est peu douloureuse, tandis qu'une plaque fis-
« suraire, en raghade, est toujours éminemment
« pénible, sans doute parce qu'elle est profonde et
« retentit sur des filets nerveux.

« Et cependant, il est des cas dont les conditions
« précédentes ne rendent en rien compte, et l'on
« verra souvent deux malades étant affectés au
« même siège de plaques muqueuses de même

« étendue, de même aspect, de même importance,
« l'un en souffrir, alors que l'autre n'en souffre pas,
« voire même ne s'en aperçoit pas. »

« Cela est inexplicable, mais cela n'en est pas
« moins authentique. »

Nous voyons que cette description rappelle en de nombreux points le tableau clinique de la glossite de JAMIN et le diagnostic semble devoir être très délicat. Il l'est en effet. Et il semblera encore plus difficile quand on aura vu, après le Professeur FOURNIER, qu'aucun des caractères de la plaque muqueuse n'est véritablement spécifique : ni sa configuration, ni ses bords, ni sa couleur, ni son aspect ne peuvent *la déterminer de façon certaine*.

En définitive, « la plaque muqueuse buccale n'a
« pas de signe objectif que l'on puisse dire caractéristique et les auteurs qui ont parlé de « plaques muqueuses caractéristiques ont doté imprudemment ces lésions d'une spécificité objective qu'elles ne possèdent pas. »

Donc, en pratique, il ne faut point diagnostiquer ce type de plaque muqueuse par elle-même, non plus que la syphilis par cette plaque muqueuse, mais ce qu'il faut, c'est diagnostiquer la plaque muqueuse par la syphilis, c'est-à-dire par le concours d'autres accidents spécifiques soit actuels, soit antérieurs.

C'est la méthode que nous avons suivie en examinant nos malades, et, vu leur grand nombre, nous nous demandons avec effroi si, en France comme en Algérie, de nombreux malades n'ont pas été étiquetés syphilitiques parce que porteurs de plaques fauchées de la langue dues simplement à cette affection bénigne qu'est la glossite de JAMIN.

La coïncidence de la *perlèche* avec la glossite de JAMIN vient encore rendre plus délicat son diag-

nostic d'avec les syphilides. En effet, nous savons combien la perlèche ressemble à une plaque syphilitique commissuraire. Certains auteurs ont longtemps prétendu que toutes plaques muqueuses commissuraires étaient d'origine syphilitique.

Cependant, d'origine syphilitique, cette plaque muqueuse est toujours une érosion, une lésion à vif, dépourvue d'épithélium et simplement tapissée d'un enduit blanchâtre qui sert de masque à cette surface dénudée et que l'on peut enlever par frottement.

D'origine streptococcique, cette plaque conserve son épithélium qui blanchit, se frippe, se chiffonne, mais reste sec et adhérent. Cependant, dans bien des cas, objectivement, il sera impossible de faire le diagnostic, surtout si nous ajoutons que certaines streptococcies jugales, juxta-commissuraires évoquent l'idée d'une leucoplasie.

La syphilis peut-elle, à d'autres stades, prêter à confusion ? Oui, mais le diagnostic est alors beaucoup plus facile.

b) D'abord à la **période primaire**, le chancre de la langue peut quelquefois, pour les non initiés, prêter à confusion surtout dans sa forme érosive.

C'est une simple abrasion circonscrite des teguments muqueux superficiels, nettement caractérisée par son fond parcheminé ou foliacé et par la présence, dans la région sous-maxillaire, de ganglions durs, non douloureux, roulant sous le doigt.

c) De même, la **syphilis tertiaire** peut donner des lésions linguales qui peuvent difficilement être confondues avec les lésions de notre glossite.

Dans sa forme scléreuse, et particulièrement dans sa forme en placard, en nappe, elle peut occuper toute la partie antérieure de la langue. Mais le

département affecté fournit au doigt une résistance parcheminée, sèche, coriace : on croirait, en certains cas, la muqueuse transformée en une lamelle de parchemin (la syphilis a du corps).

A part ce caractère, même aspect rouge, lisse, vernissé, comme si les papilles avaient été rasées. La lésion n'est, par elle-même, nullement douloureuse, mais elle peut le devenir par suite d'irritations locales à son niveau.

Les parties sclérorées sont alors le siège d'éraillures, de gerçures, de raghades linéaires ou étoilées.

Ces lésions sont enfin persistantes, et se reproduisent d'une façon presque indéfinie, malgré les traitements les plus actifs.

Nous voyons donc combien est délicat le diagnostic entre la Σ , notamment entre la Σ^2 et la glossite de JAMIN ; c'est pourquoi nous avons jugé utile de nous étendre si longuement à ce sujet.

La glossite de JAMIN serait-elle l'œuvre du tréponème ? Certainement non. Il est évident que la syphilis est excessivement répandue parmi nos indigènes, tant sous forme héréditaire que sous forme acquise (75 p. 100 d'après LACAPÈRE). De plus, un grand nombre de sujets, soumis à notre observation et porteurs de glossite de JAMIN, présentaient des réactions de Hecht, de Bordet-Wassermann positives dans leur sérum sanguin. Mais, par contre, d'autres sujets n'avaient tout antécédent et l'on ne pouvait, chez eux, déceler aucun accident spécifique soit antérieur, soit actuel. Enfin, leurs réactions sérologiques étaient négatives.

D'ailleurs, comment admettre pour un accident spécifique un tel caractère épidémique et saisonnier. D'autre part, nous n'avons jamais vu de traitement antispécifique influencer sur le cours et la durée de cette glossite. Bien plus, il nous a été donné

d'observer quelques malades qui présentèrent cette affection au cours même d'un traitement arsenical (914) alors que leur H et leur B.W. étaient redevenus négatifs.

Signalons à ce sujet que M. G. BROUARDEL, en 1884, rapportait l'observation d'un de ses malades qu'il avait traité depuis le début de sa syphilis par des injections de calomel et qui revint le voir, un mois après sa dernière piqûre, parce qu'il présentait une glossite décapillante ayant tous les caractères des plaques fauchées syphilitiques décrites par FOURNIER. Ce malade était, à notre avis, simplement atteint d'une glossite de JAMIN.

Ne trouvons-nous pas là des arguments suffisants pour rejeter de façon définitive la possibilité d'une origine spécifique ?

2° Hydroa buccal

A côté des lésions syphilitiques, se place l'hydroa buccal que FOURNIER a qualifié du nom de « sosie de la plaque muqueuse ».

Cette affection, très différente de la glossite de JAMIN, ne peut guère prêter à confusion qu'à son stade érosif. Ce sont alors de petites érosions superficielles, rouges, lisses, plates de surface, de forme arrondie ou ovale, avec des contours nettement délimités. Ces petites plaques fauchées qui contrastent avec l'apparence villeuse des parties avoisinantes peuvent, à un certain point, simuler la glossite de JAMIN à son stade de début. Mais il est rare qu'il n'existe point d'éléments plus jeunes à l'état de vésiculation naissante ou fanée, facilement reconnaissables. Enfin dans la majeure partie des cas, l'énanthème buccal coïncide avec un exanthème hydroïque qui, recherché, vient signer le diagnostic.

3° Herpès buccal récidivant

Au début, on voit sur la langue et presque toujours le long des bords latéraux, groupées en bouquet, plusieurs petites taches lactescentes de la grosseur d'une tête d'épingle ou d'un pépin d'orange ; chaque petite tache fait une légère saillie au niveau de la muqueuse, il semble que la langue soit, en ce lieu, recouverte d'une couche de collodion. L'épithélium se macère et forme à la surface de l'organe un revêtement pseudo-membraneux qui ne tarde pas à se détruire du centre vers la périphérie ; la lésion apparaît alors sous la forme d'une érosion encadrée par une collerette blanchâtre. Cette collerette se désagrége à son tour et la lésion se présente sous l'aspect d'une érosion pure et simple, de la grosseur d'un grain de mil. En quelques jours, toutes ces petites érosions se cicatrisent et tout rentre dans l'ordre. Mais, quelques semaines plus tard, survient une nouvelle explosion qui reproduit le même aspect clinique ; et ainsi pendant de nombreuses années.

L'apparition de l'herpès peut être précédée par divers symptômes d'éréthisme local (picotements, prurit, ardeur, brûlure). Une fois l'érosion constituée, l'herpès devient douloureux, « il fait souffrir », disent les malades.

Cette affection qui se caractérise nettement par ses lésions circonscrites, vésiculeuses, groupées en bouquet, à contours micropolycycliques, ne peut être confondue avec la glossite de JAMIN.

4° L'aphte

L'aphte non plus ne peut guère prêter à confusion avec la glossite de JAMIN.

Petite lentille correctement circulaire, taillée à l'évidoir c'est-à-dire s'enfonçant en pente douce de

sa circonférence vers son centre, l'élément cupuliforme, recouvert d'un enduit beurre frais très adhérent, est cerclé, du moins dans les premiers jours, d'une très fine collerette inflammatoire qui figure à sa périphérie un mince liseré d'un rouge carminé.

L'aphte est une ulcération, la glossite de JAMIN, pas même une érosion.

5° La glossite exfoliatrice marginée

Cette affection décrite par RAYER en 1831 et désignée depuis sous de nombreuses dénominations différentes telles que glossite exfoliatrice marginée (FOURNIER et LEMONNIER), langue géographique (BERGERON et ARCHAMBAULT), desquamation aberrante en aires de la langue (BROCQ), etc., peut aussi par certains points simuler la glossite de JAMIN.

« Cette affection, nous dit M. BROCQ, débute, soit
« vers la pointe, soit vers les bords de la langue,
« tantôt par une petite tache blanchâtre, arrondie,
« dont le centre offre une sorte de dépression tandis
« que le reste de son étendue fait une légère
« saillie, tantôt par un arc de cercle minuscule
« constitué par un petit bourrelet blanchâtre dans
« la concavité duquel il semble que les papilles
« aient subi un certain processus desquamatif.

« Assez rapidement, la lésion s'agrandit; si elle
« a débuté par un cercle, elle peut, pendant quelque
« temps, s'étaler régulièrement en formant une
« plaque arrondie ou ovale de grandeur variable;
« mais presque toujours, quand elle a acquis
« d'assez larges dimensions, elle ne s'étend que
« par une partie de sa circonférence tandis que
« l'autre partie disparaît.

« Quel qu'ait été son mode de début, elle se ca-

« caractérise donc presque toujours à sa période
« d'état, par des plaques desquamées, irrégulières,
« limitées du côté où elles s'étendent par des sortes
« de festons décrivant de capricieuses arabesques. »

Ces plaques arrondies ou plus souvent ovalaires, à grand axe antéro-postérieur, présentent une muqueuse dépourvue de toutes papilles filiformes, lisse, luisante, de teinte rose assez vif. A son niveau, les papilles fongiformes peuvent faire des saillies très visibles.

Cet état est surtout net au voisinage immédiat du bourrelet périphérique d'extension : là, sur une étendue minime, la muqueuse est d'un rouge vif, puis à mesure qu'on gagne le centre, la rougeur diminue et la desquamation est moins prononcée.

Ces plaques sont limitées, du côté par où elles progressent, par une sorte de liseré de 1 à 2 millim. de large, assez net, sinueux, constitué par une petite bordure d'un blanc mat, presque toujours argenté, plus rarement d'un blanc jaunâtre ou franchement jaune.

A la vue, ce liseré semble faire une saillie assez notable au-dessus des parties voisines, mais on se rend facilement compte, par le toucher, que ce relief est à peine réel.

Vu à la loupe, ce bourrelet semble constitué par une série de petits points blanchâtres, agglomérés et très serrés les uns contre les autres.

La substance blanchâtre qui le constitue est très adhérente aux plans sous-jacents et il est très difficile de l'en détacher par le râclage.

Lorsque plusieurs plaques sont voisines, leurs bordures périphériques arrivent à se rejoindre. Au niveau de la zone d'union, le liseré blanchâtre disparaît et la plaque unique ainsi formée a des con-

tours polycycliques que BRIDOU a comparés aux festons d'une dentelle.

A mesure qu'elles grandissent, les plaques ont une tendance à gagner la partie médiane et postérieure de la langue.

Lorsqu'elles ont atteint le raphé médian, elles arrêtent en général leur marche extensive et la bordure s'affaisse peu à peu pour bientôt s'effacer. La rougeur de la partie desquamée pâlit et tout rentre dans l'ordre.

Parfois aussi, la plaque franchit le raphé médian ou se réunit à une plaque occupant le côté opposé. Il est bien évident que cette plaque peut s'effacer et disparaître sans atteindre la ligne médiane.

Un des caractères les plus importants de cette maladie est sa *mobilité*. Les plaques sont en évolution constante, leur aspect varie complètement en quelques jours, souvent même d'un jour à l'autre.

Et le qualificatif d'aberrante (WANDERING) ou d'ambulante (BEURMANN et RAMOND) qui indique le caractère nomade de cette affection, nous paraît nécessaire pour la caractériser.

Dans les cas types non compliqués, les symptômes subjectifs sont nuls ou presque nuls : aucune douleur, aucune sensibilité anormale, aucun trouble fonctionnel, pas même de la salivation ou de la fétidité de l'haleine. Cependant quelques malades se plaignent de sensation un peu désagréable, lors du contact des substances irritantes.

La plaque par elle-même a une évolution de huit à quinze jours. Ayant atteint son complet développement, elle s'efface par disparition progressive de son bourrelet et par repapillation de la zone desquamée. Mais d'autres points blanchâtres sont apparus en d'autres régions de la langue ou même au niveau de la zone centrale en voie de repapil-

lation. On peut alors avoir deux et même trois anneaux concentriques, chaque liseré étant séparé du suivant par quelques millimètres.

L'évolution de l'affection dure des années chez l'adulte ; pendant certaines périodes, elle disparaît pour présenter bientôt une nouvelle poussée. Chez l'enfant, on voit la guérison se produire à partir de l'âge de 5 ou 6 ans.

Nous voyons donc que cette affection s'écarte suffisamment de la glossite de JAMIN pour que, cette dernière étant connue, le diagnostic n'offre point de grosses difficultés. En effet, la glossite exfoliatrice marginée est nettement caractérisée par son siège latéral, par son évolution de longue durée, par son indolence et surtout par sa grande mobilité et son bourrelet périphérique.

Cependant MIBELLI montre dans l'une de ses observations que l'aspect de la lésion linguale peut se modifier et se présenter sous la forme d'une plaque à contours nets, sans bordure saillante.

Le cas rapporté par MM. BALZER et GALLIOT en serait un exemple.

D'autre part, GUINON décrit chez les enfants une variété qui consiste en un simple amincissement épithélial sans limites nettes, sans bords saillants ; la plaque est surtout marquée au centre, elle disparaît en quelques jours.

S'agit-il là d'une forme de glossite exfoliatrice marginée ou bien GUINON a-t-il décrit, sans en saisir tous les caractères, notre glossite de JAMIN ?

Enfin, sous le nom de glossite de MOELLER, on décrit en Amérique une affection qui ressemble, par son apparence et par son évolution, à la langue géographique ; elle en diffère par la teinte rouge vif de toute l'aire comprise en dedans du liseré blanc, par l'œdème inflammatoire et surtout par une sensi-

bilité telle que les malades renoncent à manger par crainte de la douleur. De plus, on la trouve souvent associée à de la pyorrhée alvéolo-dentaire (DARIER).

A côté de cette forme floride, existe une forme chronique où les douleurs sont légères et peuvent même manquer. N'est-ce pas encore là une des formes cliniques de notre glossite ?

6° Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue

La glossite de Jamin considérée à la fin de la première période peut, ainsi que le montre notre photographie, prêter à confusion avec la glossite losangique médiane de MM. L. BROcq et L. M. PAUTRIER.

La similitude est telle qu'en examinant le malade dont nous rapportons plus loin l'observation, nous avons commis au début une erreur de diagnostic.

Rappelons donc rapidement avec MM. L. BROcq et L. M. PAUTRIER quels sont les principaux caractères de cette curieuse affection qu'ils ont eu le grand mérite de décrire les premiers en 1914 :

Un placard alopécique occupe la partie médiane du tiers moyen de la face dorsale de la langue. Très exactement, la lésion est située en avant de la zone où les papilles caliciformes dessinent le V lingual. Suivant ses dimensions, elle peut s'étendre plus ou moins vers la partie antérieure de la langue, sans dépasser cependant le tiers moyen ; en arrière, elle s'arrête régulièrement au niveau de la zone des papilles caliciformes. Elle n'est jamais latérale, elle est toujours médiane. Elle affecte une forme en général assez régulièrement losangique avec un grand axe antéro-postérieur et un axe transversal plus réduit. Certes, il ne s'agit jamais d'un losange des-

siné à angles aigus, ceux-ci sont mousses, tendent à s'arrondir et le losange se transforme en un ovale plus ou moins régulier, mais à grand axe toujours dirigé suivant le grand diamètre de la langue.

Parfois, elle affecte une forme ronde ; d'autres fois, enfin, elle prend l'aspect d'une sorte de bande longitudinale.

Son aspect est particulier et tranche dès l'abord avec le reste de la muqueuse linguale. Alors que celle-ci est recouverte par son fin chevelu de papilles filiformes qui lui donne une coloration plus ou moins blanchâtre, et qui forme comme un gazon épais, la muqueuse de la zone qui est le siège de la lésion, apparaît comme glabré, fauchée, comme desquamée.

Plus de chevelu papillaire, plus de coloration blanchâtre, mais une muqueuse lisse, de couleur rosée, ou légèrement rouge, plus rarement d'un rouge franc. Quelquefois, sur le fond rosé, tranchent quelques points opalins ou même non plus des points, mais une véritable nappe opaline, traduisant comme un début de sclérose très superficielle, en surface.

Quelquefois cette muqueuse est parfaitement plane dans toute l'étendue de la lésion ; mais souvent on distingue à son niveau des sortes de petits mamelonnements, de petites saillies mousses, globuleuses, très peu marquées, au niveau desquelles la muqueuse présente d'ordinaire le même aspect rosé et lissé que sur le reste de la lésion.

Les bords sont quelquefois assez nets ; sur quelques points, ils peuvent être rectilignes, comme dessinés à l'emporte-pièce. Souvent la ligne de démarcation est loin d'être aussi bien tranchée, et, en bordure du losange déglabré, on trouve quelques papilles filiformes clairsemées, dessinant des bords

légèrement irréguliers. On voit encore souvent le chevelu papillaire se dégrader progressivement et venir mourir peu à peu sur les bords de la lésion.

Au toucher, on a souvent une sensation légère d'induration de la muqueuse. Cette dernière est moins fine, moins souple et donne l'impression d'un début de sclérose.

La lésion est en règle générale absolument indolente: indolence spontanée et indolence à la pression, car le toucher ne révèle aucune sensation pénible.

C'est une lésion de longue durée, c'est une affection chronique qui, après avoir atteint un certain degré de développement, semble rester stationnaire.

Nous voyons qu'au point de vue objectif, cette affection rappelle beaucoup la glossite que nous étudions. Même aspect lisse, même teinte rosée, même petites taches nacrées. Mais, par ces mamelonnements, par son début de sclérose, par son siège beaucoup plus postérieur, et surtout par sa chronicité et son indolence, cette affection diffère de la glossite de JAMIN.

Cependant, l'observation VII, rapportée par ces auteurs, montre une forme douloureuse, avec picotements, sensation d'ardeur et de brûlure au contact de mets épicés.

D'autre part, en ce cas, la lésion était plus allongée, plus étendue que normalement. Il n'y avait aucune induration de la muqueuse.

De plus, cette lésion ne durait que depuis quelques semaines (6) et, le malade ne s'étant plus représenté à la consultation, son caractère chronique n'a pu être vérifié.

Ne s'agissait-il pas là d'une glossite de JAMIN méconnue qui s'est guérie spontanément ?

S'il en était ainsi, cette méprise serait une preuve de la difficulté du diagnostic de ces deux affections, surtout lorsqu'on n'a pas la possibilité de suivre les malades.

De même, en 1898, BEAUDOUIN présentait l'observation d'un enfant porteur, sur le dos de la langue, d'une plaque fauchée centrale. Cette plaque n'était limitée par aucun bourrelet, ne présentait aucun signe de sclérose et était excessivement douloureuse au contact des aliments.

Ayant eu connaissance de cette observation, FOURNIER dit avoir souvent rencontré de telles lésions chez des enfants qui lui étaient adressés comme syphilitiques. Il conteste cette étiologie mais en ignore la nature vraie, bien qu'il ait cherché à la connaître, en collaboration avec le docteur Vidal.

Toutes leurs recherches bactériologiques sont restées négatives. — Ces enfants n'étaient-ils pas simplement atteints de glossite de JAMIN ?

7° L'Enanthème de l'Antipyrine

« L'antipyrine, nous dit le docteur CLÉMENT, détermine une stomatite qui se localise sur la langue, les parties latérales de la cavité buccale, le voile du palais.

Le début est marqué par une sensation de picotement, de démangeaison, par de la rougeur des muqueuses. La langue, augmentée de volume, porte souvent l'empreinte des dents.

Il peut se former directement des ulcérations ou bien les ulcérations apparaissent seulement après une éruption herpétiforme.

M. MOREL-LAVALLÉE rapporte l'histoire d'une femme « qui portait sur le dos de la langue une zone « dépapillée, rouge, lisse, luisante, à contours régulièrement polycycliques et reproduisant idéale-

« ment l'aspect d'un placard de syphilides mu-
« queuses secondaires ». Cette lésion résultait d'un
traitement prolongé par l'antipyrine.

Les malades se plaignent d'une sensation très
pénible dans la bouche et d'une salivation abon-
dante, épaisse et visqueuse. La déglutition peut être
très douloureuse et les malades ressentent parfois
des brûlures gastriques. Ils sont souvent atteints
de coryza, avec écoulement abondant de mucus, ou
au contraire se plaignent d'une sensation de sèche-
resse extrême de la muqueuse nasale. Ils peuvent
en outre présenter des épistaxis à répétition. Mais,
les muqueuses ne sont jamais seules touchées et
les malades présentent sur le corps, au niveau des
membres dans le sens de la flexion, au niveau du
scrotum et de la verge, une éruption qui le plus
souvent est érythémato-papuleuse, mais qui peut
être vésiculeuse et même bulleuse.

La seule difficulté pratique est de penser à l'an-
tipyrine et de la mettre en cause, alors que les ma-
lades ne déclarent pas spontanément avoir fait
usage de ce remède.

8° Les Lésions mercurielles

La stomatite mercurielle peut, en certains cas,
se manifester par des exulcérations des muqueuses
linguales et jugales.

Sur la langue, elles siègent au niveau des bords,
sur les muqueuses jugales, en arrière des dernières
molaires. Mais par son étiologie, par sa gingivite
toujours très marqué, par l'odeur aigrelette de
l'haleine, cette stomatite est rarement méconnue.

9° Lichen plan

Cette affection se reconnaîtra facilement, au dé-
but, par ses taches blanc mat légèrement bleuté,

rappelant une cautérisation légère de la muqueuse au nitrate d'Ag.

Plus tard, ces stries blanches qui prennent tantôt la disposition des dents d'un peigne, tantôt celle d'une feuille de fougère seront caractéristiques. De plus, il est exceptionnel que la langue soit seule touchée car la localisation de beaucoup la plus fréquente du lichen plan de la bouche est la face interne des joues et, sur cette face interne, la zone qui est au contact des dernières molaires.

Il s'y présente d'un seul côté ou symétriquement, sous forme d'une ou plusieurs taches blanches en réseaux ou en anneaux, en « lambeau de dentelle » suivant l'expression de DARIER.

Ces lésions qui persistent souvent pendant de nombreuses années, peuvent être complètement indolentes et le malade ne s'en aperçoit que par hasard; comme dans l'observation rapportée par MM. EMERY, DRUELL et HUMBERT ou bien, comme le montre l'observation de MM. BALZER et FAURE-BEAULIEU, le malade peut éprouver dans la bouche et sur la langue, des sensations de démangeaison et de cuisson fort pénibles car le lichen plan est : pas du tout, un peu, à la folie, passionnément douloureux.

Le lichen des muqueuses se voit dans près de la moitié des cas de lichen plan; il accompagne en général les lésions cutanées auxquelles il peut survivre. Il peut cependant constituer une localisation primitive et exclusive.

10° Stomatite des porteurs de dentiers

Très souvent, ainsi que nous l'a signalé M. MONTPELLIER, les personnes se servant de dentiers présentent, lorsqu'elles ne prennent que peu de soin de leur cavité buccale, une stomatite avec perlèche.

Cette perlèche a ce caractère très particulier de s'étendre, de couler dans les plis que forment les rides qui naissent des commissures buccales et de durer interminablement.

Elle s'accompagne d'une stomatite *rouge*, diffuse, rarement localisée, avec prédilection au niveau de la langue.

Mais alors, aspect diffus, sans contours, durée indéfinie.

11° Glossite Streptococcique

La langue, qui est rouge, œdématiée, présente, au niveau de sa face dorsale, plusieurs placards rouge vif, de forme irrégulière, cerclés d'une bordure blanchâtre assez semblable à celle de la glossite marginée, mais cependant moins nette, moins régulière. Les plis normaux de la langue sont toujours très accusés, donnant à l'organe un aspect faussement scrotal. Toute la muqueuse buccale est rouge, enflammée, avec des placards à fond sale qui saignent facilement ; les commissures sont le siège des lésions streptococciques, elles sont œdématiées et coupées de nombreuses fissures. Tous ces phénomènes s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire et d'une salivation abondante. On ne voit jamais de dépapillation en V. L'évolution n'est nullement cyclique.

12° Glossite superficielle des névropathes dyspeptiques, des cachectiques et des convalescents.

Ces glossites rappellent par leur tableau clinique la glossite de JAMIN.

Dans les formes légères, elles sont caractérisées par des poussées congestives pendant lesquelles la langue est desquamée, rouge, douloureuse, hérissée de papilles d'un rouge vif.



TYPE DE GLOSSITE STREPTOCOCCIQUE.



· TYPE DE GLOSSITE STREPTOCOCCIQUE.

Dans une forme plus grave, la face dorsale de la langue présente un placard qui, complètement dépourvu de ses papilles filiformes, paraît lisse, vernissé, avec des papilles fongiformes, saillantes, plus volumineuses et plus nombreuses qu'à l'état normal. Les parties non desquamées sont recouvertes d'un enduit saburral. Souvent, la surface glabre est coupée de nombreux sillons plus ou moins profonds. Ces lésions peuvent être indolentes ; mais chez certains sujets, elles sont une cause permanente de douleurs ; elles constituent chez eux une affection véritablement grave qui conduit à l'idée fixe, à la mélancolie et à la neurasthénie.

Nous avons ne pas avoir rencontré de telles glossites, nos observations ayant porté sur des sujets jouissant d'un parfait état général. Ajoutons enfin que la glossite de JAMIN a une évolution rapide et présente un caractère nettement épidémique que nous ne retrouvons pas ici.

Sous le nom de *glossodinie*, BURNING, TONGUE, ENGMANN ont décrit une affection caractérisée uniquement par une hyperesthésie locale considérable, sans aucune lésion objective.

Seul, le cas fruste observé chez une jeune indigène dont la mère et la sœur étaient porteurs de langues de JAMIN, pouvait prêter à discussion ; mais la glossodinie a une durée plus longue et ne se rencontre que chez des individus de 35 à 65 ans qui ont, en général, la phobie du cancer.

13° Langue scrotale ou montagneuse.

Nous avons vu que certaines formes de la glossite de JAMIN pouvaient prêter à confusion avec cette affection. En effet, même aspect plicaturé de la muqueuse qui est souvent irritée et douloureuse par le fait d'une inflammation secondaire due à la

pullulation des germes infectieux retenus au fond des ravins. Mais la langue scrotale vraie est une affection congénitale, souvent même familiale (PAYENNEVILLE) qui persiste toute la vie.

N'est-ce pas là un caractère suffisant pour la différencier d'une affection aussi passagère que la glossite de JAMIN.

II. — AFFECTIONS QUI SEMBLENT SE RATTACHER PAR CERTAINS POINTS A LA GLOSSITE DE JAMIN.

1° Stomatite décrite par Mallein

Cet auteur décrit dans sa thèse une épidémie de stomatite ayant affecté en France les tirailleurs sénégalais, durant les hivers 1918-1919.

La lésion débute d'une façon constante par la face dorsale de la pointe de la langue, sous forme d'un disque érosif, circulaire ou elliptique, de teinte rouge vif. Cette petite surface lisse est limitée à sa périphérie par une collerette continue, régulière, de teinte opaline. Cette collerette ne semble pas, nous dit l'auteur, être le vestige d'une vésicule crevée car, malgré toutes les recherches, cette vésicule ne fût jamais retrouvée.

Les éléments s'agrandissent du centre vers la périphérie, confluent, formant une plaque à contour polycyclique, de teinte rouge cuivré.

Lorsque la plaque a atteint son maximum d'extension, elle reste stationnaire et la collerette périphérique s'effrite, puis disparaît. A la période d'état, la langue a son dos et ses bords complètement envahis ; elle apparaît effilée, d'un ton vieux rose, sauf dans la zone médiane où elle prend une teinte opaline, glacée en bandes longitudinales.

Au niveau des joues, se produisent des lésions à peu près identiques ; mais leur dessin est plus flou, la collerette y perd de sa netteté, elle est parfois remplacée par un magma épithélial.

Il y a souvent coexistence de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Les malades se plaignent de ressentir, au niveau de leur cavité buccale, une sensation de « chaleur brûlante », de cuisson intense, spontanée, mais exa-

gérée par les mouvements de la langue et la mastication d'aliments solides, le pain en particulier.

L'état général n'est nullement touché. L'évolution est de courte durée et, une quinzaine de jours après la première manifestation, tout est rentré dans l'ordre.

Mais les récidives sont très fréquentes, sinon constantes.

Une complication coutumière de cette stomatite est une parotidite essentiellement fugace qui évolue en 5 ou 6 jours.

Un fait très remarquable est le caractère épidémique de cette stomatite.

Dès qu'un cas était constaté, il était immédiatement suivi de 7 à 8 cas identiques.

Puis, tout semblait rentrer dans l'ordre pendant un ou deux mois et l'on constatait alors, à nouveau, une petite épidémie.

Cette affection qui, par son caractère épidémique, rappelle la glossite de JAMIN, semble la simuler parfaitement à sa période d'état. Cependant, nous n'avons jamais constaté dans les stades de début, de collerette blanchâtre. Enfin, nous n'avons jamais vu de glossite de JAMIN se compliquer de parotidite.

2^e Epidémie de glossite survenue pendant l'hiver 1903-1904 à l'Asile de Sainte-Foy.

Le Professeur E. WEIL et M. FAVRE-GILLY (Chef de Clinique) rapportent une épidémie ayant atteint 23 pensionnaires sur 27 que comporte l'asile et une sœur sur quatre préposées à la garde des jeunes filles trouvées.

Les auteurs constatèrent deux cas en septembre 1903, et, si octobre et novembre se passèrent sans apporter de cas nouveaux, il y eut 7 cas en décem-

bre, 3 cas en janvier 1904, 7 en février et 4 en mars. Puis, tout rentra dans l'ordre.

Voici comment les auteurs décrivent les lésions :

« Sur le dos de la langue, on trouvait des plaques de desquamation, de dimensions variables, occupant tantôt toute la langue qui était comme exfoliée, tantôt une petite surface et dans ce cas, elle était séparée des parties saines par un liséré blanc, périphérique, un peu surélevé. Au niveau même de la plaque, la langue était comme raclée, luisante, vernissée, et son aspect tranchait nettement avec l'état des parties restées saines. »

En général, les malades ne présentaient aucun trouble subjectif ou fonctionnel : pas de douleur, pas de salivation abondante, pas de retentissement ganglionnaire. L'état général était parfait.

Cependant, quelques-unes de ces malades ressentait une certaine gêne, une certaine douleur en ingérant un croûte de pain ou une substance irritante comme la salade vinaigrée.

Certains sujets présentaient en outre des fissures, des crevasses qui, parfois très nombreuses, surtout au niveau des bords et de la pointe, donnaient à la langue un aspect plicaturé et raviné.

De plus, quinze fois sur vingt-trois, les auteurs constatèrent la coexistence de la perlèche.

En lisant la publication de MM. E. WEILL et FAVRE-GILLY, nous avons été frappés de voir combien cette affection rappelait la glossite de JAMIN.

Même caractère d'épidémicité, même époque d'apparition, même lésion de la muqueuse qui peut prendre, parfois, un aspect faussement scrotal, même coïncidence de perlèche, enfin même évolution rapide, sans altérer nullement l'état général.

Il semble que les troubles subjectifs aient été beaucoup moins marqués que dans nos observa-

tions, mais les auteurs signalent cependant une certaine douleur à la mastication d'aliments durs ou épicés.

Peut-être aussi l'hygiène buccale de ce milieu était-elle supérieure à celle de nos indigènes.

Un fait pourtant ne cadre point : nous voulons parler d'un bourrelet blanchâtre, qui cercle les éléments jeunes et qui est, en général, caractéristique de la glossite exfoliatrice marginée.

Or, GUINON écrivait à ce sujet :

« Il y a évidemment dans les faits que rapporte
« M. WEILL, une chose tout à fait extraordinaire :
« c'est la contagion et l'épidémicité de glossite
« desquamative. Bien qu'il signale l'existence d'un
« bourrelet épidémique, j'ai peine à croire qu'il
« s'agisse là de la glossite marginale. »

Donc, malgré la collerette épidémique, nous avons l'impression qu'il s'est agi, à l'Asile de Sainte-Foy, d'une épidémie de glossite de JAMIN ou d'une affection fort voisine.

**3° Glossite et stomatite à streptocoques observées
en 1903 à Madagascar par MM. Fontoymont
et Jourdan.**

La lésion consiste en une dépapillation partielle de la langue donnant naissance à un placard lisse, rouge, vernissé, contrastant avec les parties non atteintes qui sont recouvertes d'un enduit suburral épais.

La lésion débute par une série de petites plaques rouges, de la grosseur d'une tête d'épingle ; chaque petite plaque gagne concentriquement, puis finit par confluer avec les plaques voisines en formant un placard rouge, lisse, à bords nettement distincts.

« Parfois, les lésions vont en progressant jusqu'à ce que la langue, complètement dépapillée, prenne l'aspect de la langue rouge vernissée de la scarlatine. »

Sur la face interne des joues apparaît, quelques jours après le début de l'affection, une petite ulcération de la grosseur d'une tête d'épingle qui ne tarde pas à prendre l'apparence d'une petite plaque arrondie, à bords un peu saillants et blanchâtres, à centre plus coloré.

Cette lésion est souvent unique, parfois cependant elle est bilatérale. Enfin, on peut l'observer sur la face interne de la muqueuse labiale.

Dès le début de l'affection, les malades ressentent au niveau de leur muqueuse linguale des picotements et une sensation de brûlure qu'ils comparent à la brûlure du piment.

La douleur est exaspérée par le contact des aliments liquides et solides. Enfin, la phonation peut, en certains cas, devenir très pénible.

Les auteurs disent rencontrer cette affection à l'état endémique à Tananarive.

Mais à certaines époques de l'année, en particulier aux changements de saisons, il se produit des sortes de petites épidémies par foyers distincts, et le nombre de gens atteints dans les mêmes milieux (agents de police, employés de l'Administration, de l'Hôpital, etc...) devient assez considérable.

Elle affecte particulièrement les indigènes, mais les européens n'en sont nullement indemnes.

Cette affection qui évolue avec un parfait état général, ne présente aucune gravité, ne laisse aucune trace de son passage et semble rétrocéder spontanément, mais lentement. Traitée, sa durée moyenne est de 15 à 20 jours.

L'aspect clinique, les troubles subjectifs, le caractère épidémique, l'évolution de cette affection, la placent à côté de la langue de JAMIN.

Cependant, elle en diffère par les trois caractères suivants :

1° Elle s'accompagne toujours d'engorgement ganglionnaire sous-maxillaire plus ou moins prononcé ;

2° Les plaques décapillées semblent être plus rouge vif que dans notre affection ;

3° L'examen bactériologique des frottis a toujours montré des streptocoques purs et l'ensemencement sur bouillon donne des cultures de streptocoques à l'état de pureté absolue.

Les résultats ont toujours été, dans tous les examens, identiquement les mêmes.

Ne doit-on pas cependant la rapprocher de notre glossite dont peut-être elle ne constitue qu'une forme particulièrement virulente ?

4° Stomatite épithéliale épidémique observée par M. Albert, chez des Artilleurs, en 1885.

L'auteur ayant observé une trentaine de cas, caractérise ainsi l'affection :

1° C'est une stomatite épidémique (mai et juin) ;

2° C'est une stomatite bénigne (15 jours à un mois) ;

3° C'est une stomatite constituée, au point de vue anatomique, par une desquamation de l'épithélium, portant sur 3 lieux constants de la bouche : les lèvres, la langue, le palais.

Les malades se plaignent d'une sensation de brûlure et de cuisson au niveau des lèvres et de la langue.

Les lésions ont une prédilection pour la zone de contact des deux lèvres dont elles occupent aussi bien la ligne médiane que les commissures. Ce sont de simples desquamations épithéliales formant, au début, des plaques arrondies. Puis, les lésions s'étendent et envahissent toute la surface des lèvres inférieure et supérieure sur la portion qui est en contact.

L'extrémité de la langue est ordinairement atteinte, rarement la face dorsale. Cette extrémité est desquamée dans sa totalité.

On voit les papilles fongiformes, dénudées de leur épithélium, apparaître sous la forme d'un pointillé rouge très apparent.

Quelquefois la langue est la première atteinte. Le palais peut aussi être le siège d'une exfoliation épithéliale ; on y voit alors des plaques rouge groseille à aspect vernissé.

L'auteur ne nous fournit pas assez de renseignements pour pouvoir, de façon définitive, écarter ou rapprocher cette stomatite de la glossite de JAMIN.

III. — AFFECTIONS QUI SEMBLENT NE FORMER QU'UNE SEULE ET MEME ENTITE MORBIDE AVEC LA GLOSSITE DE JAMIN.

Lorsque MM. MONTPELLIER, COLONIEU et nous-mêmes avons étudié la glossite qui fait l'objet de ce travail, nous n'avons pas eu de peine à la rapprocher de glossites déjà décrites. C'est ainsi que nous avons été amenés à l'identifier à la glossite de JAMIN.

a) Stomatite d'automne observée par M. H. Jamin à Tunis (1925)

« Le malade qui se présente à l'examen, nous dit
« l'auteur, accuse généralement depuis une dizaine ou une quinzaine de jours, soit en pleine période d'état, des phénomènes douloureux consistant en une sensation de chaleur et en picotements existant constamment au niveau de la muqueuse buccale, s'exagérant peu par les mouvements de la parole, beaucoup plus par le contact des aliments. Tous réveillent cette sensibilité, les plus irritants comme le fel-fel (piment rouge utilisé comme condiment par les indigènes), les plus anodins comme l'eau pure. »

« On examine alors le malade, et, comme le maximum des lésions est la langue, c'est elle que l'on étudie d'abord. »

« Au premier coup d'œil, on croit avoir affaire à une glossite médiane losangique (BROCC et PAUTRIER, 1914). De part et d'autre du sillon médian se voit, en effet, une surface rouge vif, complètement dépapillée, lisse avec un léger piqueté rouge, plus rouge que le fond et ne correspondant pas à la base des papilles abrasées. Ses bords précis et un peu déchiquetés tranchent net-

« tement sur la muqueuse normale toujours blanche d'un enduit saburral plus ou moins accusé. Elle n'atteint pas le V lingual en arrière, mais peut atteindre la pointe de l'organe. Aucune induration n'existe. La douleur au contact n'est pas extrême. Dans la règle, aucune réaction ganglionnaire n'est décelable à la palpation du cou. Le malade ne peut guère fixer la date précise du début de son affection que ne révèle aucune élévation thermique, aucun phénomène général, aucune manifestation de souffrance amygdalienne ou digestive. Aussi n'avons-nous jamais pu en surprendre l'extrême début. »

« Dans les cas légers, le tableau clinique n'est pas plus chargé. Très lentement, la lésion poursuit une progression excentrique ; elle atteint les bords de l'organe au bout de un mois et demi à deux mois. C'est après ce laps de temps que tous les phénomènes douloureux s'éteignent ; progressivement, tout rentre dans l'ordre. »

« Mais, si la langue est l'organe le plus manifestement frappé, il semble que constamment, surtout au début, toute la muqueuse buccale participe au processus ; et, en l'examinant avec soin, on découvre sur les gencives, les lèvres, les joues, le voile du palais, un érythème léger, formé de tout petits points rouge vif sur une muqueuse un peu plus colorée que d'habitude, une sorte de dépoli, d'état rugueux de la face interne des lèvres et des gencives. Il nous a paru parfois apercevoir de microscopiques vésicules que nous n'avons cependant jamais réussi à mettre en évidence de façon indéniable. »

« Tous ces points touchés offrent les phénomènes subjectifs dont nous avons parlé pour la langue. »

« Cette stomatite qui nous a paru constante, existe surtout à la période de début de l'affection. Elle dure, en tout cas, beaucoup moins longtemps cliniquement que les lésions linguales. C'est ainsi que, dans les cas où la langue paraissait seule touchée, l'interrogatoire nous permettait de retrouver une phase antérieure où toute la muqueuse buccale participait au processus. En tout cas, si nous avons eu souvent la langue frappée et la muqueuse buccale saine, nous n'avons jamais observé la stomatite sans lésions linguales apparentes, »

Cette affection présente le caractère particulier de se montrer en série. M. JAMIN l'observa surtout durant l'automne et aussi un peu au début du printemps. Il remarqua qu'elle frappait plusieurs membres d'une même famille ou un certain nombre de commensaux en même temps.

b) Glossite épidémique observée au Sénégal

A peu près à la même époque, M. NOGUÉ observait à Dakar, une épidémie de glossite sévissant surtout chez les jeunes négrillons et particulièrement chez les écoliers. Ainsi, dans une école, 104 élèves sur 210 furent atteints de cette affection.

Même aspect clinique que la lésion décrite par JAMIN : plaque lisse, rouge, occupant le tiers antérieur de la langue, montrant les saillies des papilles fongiformes et contrastant avec le reste de la muqueuse recouverte d'un enduit crémeux blanc sale, parfois même grisâtre. Puis, dans les cas plus anciens, la langue apparaît presque tout entière rouge vif et ce n'est qu'en la faisant tirer fortement par le malade que l'on aperçoit, tout en arrière, un peu d'enduit blanchâtre.

La langue peut être légèrement oedématisée, et

garder, sur ses bords, l'empreinte des dents. L'examen montre parfois des fissures au fond desquelles, en les dépliant, on retrouve l'enduit crémeux du début de l'affection.

La lésion est, le plus souvent, macroscopiquement localisée à la langue mais, quelquefois, la face interne de la lèvre inférieure présente une zone rouge, enflammée, ou même un ou plusieurs points rouge vif, cerclés d'une auréole blanchâtre.

La lèvre supérieure, la face interne des joues ne sont que très exceptionnellement atteintes. Par contre, l'auteur a souvent observé des lésions des commissures labiales : « la muqueuse y est parfois excoriée et croûteuse, plus souvent recouverte d'un enduit blanchâtre, comme macérée, comme brûlée par de la cendre de cigarette. La lésion ressemble alors tout à fait à une plaque muqueuse syphilitique. »

Les ganglions sous-maxillaires ne sont habituellement pas tuméfiés. L'état général n'est nullement altéré par l'affection.

Les malades présentaient les mêmes troubles subjectifs que ceux observés par JAMIN. Certains cas, cependant, semblaient être plus aigus : le malade était gêné pour parler et certains écoliers pleuraient en classe tant la douleur était vive. D'autres étaient réveillés la nuit par une sensation de brûlure intense. Enfin, l'auteur signale un cas compliqué de ptyalisme où le malade bavait sans cesse.

A la même époque, le docteur MALAUSSÈNE constatait chez les enfants des écoles de Gorée, une épidémie à peu près identique. Cet auteur divise les aspects cliniques de cette affection en six types principaux qu'il caractérise de la façon suivante :

TYPE 1. — Enduit crémeux recouvrant les 2/3 postérieur de la langue et fissures profondes s'allongeant sur la partie antérieure de l'organe (notre deuxième période, type fissuraire) ;

TYPE 2. — La langue est entièrement recouverte d'une couche crémeuse, sauf à la partie médiane où siège une plaque nacrée, brillante, à bords nettement circonscrits et irréguliers (notre première période) ;

TYPE 3. — Le plus fréquent : enduit crémeux ne laissant libre que la partie antérieure de la langue laquelle est occupée par une plaque nacrée (fin de notre première période, début de la seconde) ;

TYPE 4. — Synthèse de 3 types précédents : enduit crémeux, fissure à la région intérieure et plaque nacrée centrale (fin de notre première période, début de notre type deux à forme fissuraire) ;

TYPE 5. — N'a été observé que deux fois : enduit crémeux, fissure latérale paraissant coïncider avec les empreintes dentaires (début de notre première période) ;

TYPE 6. — Enduit crémeux en arrière. Les deux tiers antérieurs de la langue sont recouverts de papilles plus ou moins hypertrophiées dont quelques-unes offrent un aspect vésiculaire (notre type trois).

c) Tout dernièrement, M. SASSIER décrit une glossite épidémique ayant affecté 300 tirailleurs sénégalais, à Alger. Cette affection, d'après le tableau clinique qu'en donne l'auteur, semble tout à fait superposable à la glossite décrite par JAMIN.

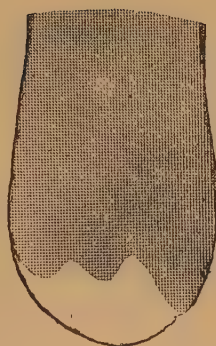
d) Tous ces auteurs citent, dans leurs publications, une glossite observée par MACFER en Amérique ; malheureusement, nous n'avons pu trouver



I



II



III



IV



V



VI

Fig. V-VI. — Types principaux de glossites
observés au Sénégal par M. MALAUSSÈNE.

suffisamment de renseignements sur cette affection pour pouvoir définitivement la classer.

A l'instar de MM. MONTPELLIER et COLONIEU, nous sommes persuadés que toutes ces affections décrites sous des noms divers, ne forment qu'une même et unique entité morbide, au moins au point de vue clinique, sinon au point de vue de leur étiologie qui, à l'heure actuelle, reste encore problématique.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

C'est durant les hivers 1926-27 et 1927-28 que cette affection fut identifiée à Alger. M. MONTPELLIER en avait d'ailleurs constaté l'existence depuis déjà de nombreuses années.

Ainsi que MM. MONTPELLIER et COLONIEU l'avaient observé, nous l'avons vue diminuer de fréquence avec les beaux jours, disparaître pendant les grosses chaleurs, pour renaître dès les premiers froids et devenir très fréquente en hiver.

D'autre part, nous l'avons rencontrée exclusivement parmi la clientèle du dispensaire et des consultations de l'Hôpital : clientèle composée en majeure partie d'indigènes, individus ignorant les principes les plus élémentaires d'hygiène.

Empressons-nous d'ajouter que leur principal quartier « la Casbah », datant d'avant la conquête et qui donne à Alger son cachet particulier, n'est pas aménagé de façon à faciliter l'observation de ces dits principes. Pas d'eau courante dans les maisons qui sont souvent de véritables taudis qu'une petite lucarne essaie, en vain, d'éclairer et d'aérer. Des familles entières grouillent, vivent, mangent, couchent dans une seule et unique pièce à plafond bas, à murs sales et rarement blanchis. Les rues sont étroites, obscures, parfois même transformées en véritables tunnels par l'adossement des maisons qui, comme celle du Moyen Age, se touchent, se soutiennent les unes les autres. Dans ces impasses sales et puantes, vit, court et

piaille une multitude d'enfants toujours pieds nus, plus ou moins vêtus, mais jamais lavés.

On comprend facilement que, dans un tel quartier, royaume des poux et de l'acare, au milieu de tant de saletés et d'immondices, les lésions cutanées à streptocoques et à staphylocoques règnent en maîtres. Et c'est parmi les indigènes habitant ce quartier que nous avons principalement rencontré la glossite de JAMIN.

Cependant, ainsi que JAMIN lui-même l'a déjà signalé, cette affection peut atteindre les individus de toutes les races.

Nous l'avons rencontrée, pour notre part, chez des Européens (Français, Italiens, Espagnols) et chez des Israélites.

Si nous l'avons observée, avec une fréquence toute particulière, chez nos indigènes, c'est que, sans doute, comme nous le disions précédemment, ces derniers ne prennent, à l'encontre des préceptes de leur religion, aucun soin d'hygiène de leur cavité buccale, enfin et surtout, parce qu'ils forment la majeure partie de nos consultants.

Nous ne l'avons pas observée souvent chez les nègres, cette race de couleur ne comptant à Alger que peu de représentants parmi la population civile.

La mauvaise hygiène buccale semble donc favoriser l'apparition de cette glossite et les faits que nous venons de rapporter, semblent autoriser l'idée d'une origine microbienne. Mais tous les observateurs ne partagent pas cette opinion et l'on peut grouper en quatre grandes classes les hypothèses qui furent soulevées à ce sujet.

I. — Origine saisonnière

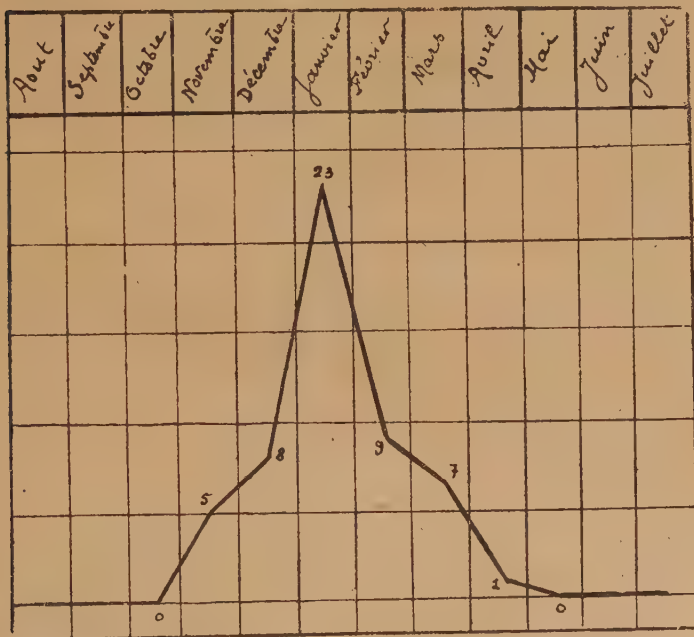
Il est un fait indéniable que cette glossite, si fréquente durant les mois froids, disparaît com-

plètement pendant les grosses chaleurs. Ce caractère a été reconnu par M. NOGUÉ au Sénégal, par MM. MONTPELLIER, COLONIEU et par nous-même, à Alger.

Pendant nos deux ans d'observation, nous n'avons noté qu'un seul cas en été et encore, ce cas particulièrement rebelle, datait de plusieurs mois.

Diagramme de l'épidémie observée

pendant les années 1926-27 à la consultation de la S. S. B. M.

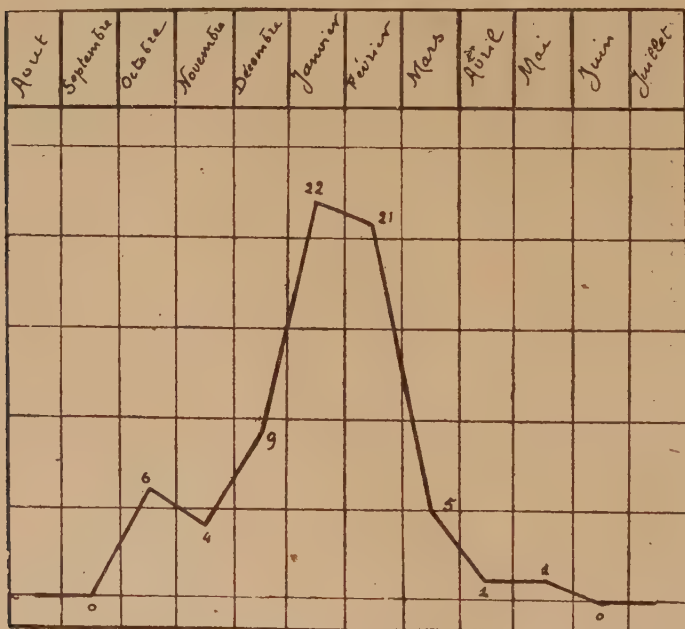


En règle générale, durant les mois d'octobre et novembre, on n'observe que quelques cas isolés de cette affection ; en décembre, les cas se font plus fréquents, mais c'est en janvier et février que cette glossite afflue véritablement à nos consultations. Chacune d'elles nous fournit alors de nouveaux cas, et nos malades nous signalent sou-

vent de véritables épidémies de quartier et de maison. Puis, comme si elle avait atteint un maximum de fréquence, dès le début de mars, cette glossite se fait plus rare, diminue encore en avril pour disparaître finalement en mai.

Ceci nous fait dire avec M. NOGUÉ que, s'il n'y a pas entre le froid et cette glossite une relation

Diagramme de l'épidémie observée pendant les années 1927-28 à la consultation de la S. S. B. M.



directe de cause à effet, il y a, à coup sûr, entre ces deux phénomènes une corrélation certaine.

Notons en plus que l'épidémie de Sainte-Foy dont nous avons déjà parlé, se fit durant les mois les plus froids : commencée en septembre, elle s'éteignit complètement fin mars.

Par contre, nous devons signaler que c'est en automne et au début du printemps que M. JAMIN observa son épidémie à Tunis.

II. — Origine alimentaire

Cette origine alimentaire était défendue par M. le Médecin major GAYOT. En effet, ayant constaté en 1920 de nombreux cas de glossite parmi les écoliers fréquentant l'école W. Ponty, en Gorée, il attribuait cette affection à l'usage immodéré du piment. Il fondait ses théories sur les faits suivants :

En janvier, les trois quarts des élèves sont atteints de stomatites et de troubles gastro-intestinaux. Dans le courant du mois, l'épidémie de glossite ainsi que les troubles gastro-intestinaux diminuent d'intensité et cette amélioration coïncide avec celle de la nourriture : suppression du piment, distribution de riz de bonne qualité, de légumes frais (patates et haricots indigènes). Vers la fin de février, le nombre de cas, après avoir un moment diminué, augmente à nouveau et le médecin constate que les élèves ont reçu, dans l'intervalle, du piment et ont été nourris avec du riz poussièreux et charançonné.

En mars, la nourriture redevient meilleure et les cas diminuent encore de fréquence. A partir de mai, on ne constate plus aucun cas de glossite.

Faut-il, avec M. GAYOT, voir là une preuve de l'origine alimentaire ? Nous ne le croyons point. Car cette épidémie diminua d'intensité en mars et disparut en mai ainsi que nous l'avons toujours constaté. Elle avait suivi le cours normal des épidémies de glossite de JAMIN.

D'autre part, comme nous le dit M. NOGUÉ, les élèves de l'Ecole de Médecine dont l'alimentation, où entre beaucoup de poissons et de piments, est très sensiblement la même que celle des élèves des écoles de Gorée, sont toujours restés indemnes.

M. JAMIN pensa, lui aussi, que cette affection pou-

vait être consécutive à l'ingestion de certains aliments. Son caractère saisonnier, le fait que, dans un groupe d'individus, elle frappe certains sujets et en épargne d'autres, avait suscité au dermatologiste de Tunis l'idée d'une certaine susceptibilité individuelle à certains aliments (à la figue de Barbarie ou au fenouil, par exemple), mais toutes les recherches qu'il fit en ce sens, ne furent nullement probantes.

Nos assistantes dévouées, les sœurs du dispensaire de la S.S.B.M., avaient cru remarquer une relation entre cette glossite et les événements qui sont, chez nos indigènes, consacrés par de bon repas (mariages, naissances, circoncisions, enterrements) où les mets épicés et relevés sont particulièrement à l'honneur.

Nous avons, par nos interrogations poussées en ce sens, acquis la certitude que toutes ces causes, d'ailleurs souvent alléguées par les malades eux-mêmes, ne jouaient aucun rôle dans l'apparition de cette glossite. Nos indigènes chez lesquels elle est particulièrement fréquente, se nourrissent bien de mets très épicés et très irritants (le fel-fel, le piment sont, en effet, pour eux des condiments journaliers), mais leur nourriture ne change guère suivant les saisons chaudes ou froides. D'autre part, nous ne l'avons jamais rencontré chez nos pêcheurs napolitains qui, comme tous les gens du bassin méditerranéen, ont une nourriture très épicée, plus épicée peut-être, que celle de nos indigènes.

3° Origine chimique

M. MALAUSSÈNE avait pensé que le tabac à chiquer des nègres, composé de tabac pilé et de carbonate de soude, était responsable des accidents. Mais, si nos indigènes sont presque tous grands fumeurs, ils

n'usent qu'exceptionnellement de tabac à chiquer et, d'autre part, leurs enfants et leurs femmes ne font aucun usage de tabac.

4° Origine gastro-intestinale

MM. GAYOT et MALAUSSÈNE signalèrent la coïncidence en Gorée, de glossite et de troubles gastro-intestinaux : diarrhée et vomissements. Nous n'avons jamais observé la co-existence de pareils symptômes et nos malades qui présentaient le plus souvent un état général excellent, ne se plaignaient d'aucun trouble gastro-intestinal.

D'ailleurs, M. MALAUSSÈNE, lui-même, nota que la guérison des troubles gastro-intestinaux n'influença jamais l'évolution de la glossite en cours. Enfin, il est fort possible que les troubles gastro-intestinaux aient été consécutifs à une insuffisance de mastication des aliments, en rapport avec les symptômes douloureux.

5° Origine microbienne

MM. MATHIS et GUILLET, ayant fait des recherches bactériologiques sur les cas de glossite observée au Sénégal par MM. NOGUÉ et MALAUSSÈNE, constatèrent, sur les frottis faits avec l'enduit crémeux, la présence de certains éléments ayant la structure de bactéries.

Par la coloration au bleu de STEVENEL après fixation à l'alcool, ces auteurs constatèrent sur les frottis la prédominance d'éléments filamenteux jamais ramifiés, ayant jusqu'à 20μ de long et même davantage sur $1\mu 40$ de large environ.

« Ces éléments, nous disent les auteurs, sont constitués par un protoplasma coloré en bleu, à l'intérieur duquel on aperçoit des granulations de

« forme irrégulière, colorées en violet foncé et
« disposées en chaîne longitudinale à peu près
« ininterrompue. La membrane d'enveloppe de
« cette bactérie, dont les extrémités sont arrondies,
« est colorée en rose par l'éosine. Certains élé-
« ments, malgré leur longueur, paraissent n'être
« constitués que par un seul article. D'autres, au
« contraire, sont formés de plusieurs articles dis-
« posés bout à bout. »

Après fixation à l'état humide et coloration à l'hématoxyline ferrique, les auteurs constatèrent le champ microscopique de certains frottis, la présence presque exclusive de filaments et de bâtonnets de longueur et de largeur variables ; certains mesurant jusqu'à 25μ de long. Fortement colorés en noir, ils ne laissent voir aucune structure. Très minces et plus ou moins curvilignes, ils donnent l'impression de fins cheveux légèrement bouclés. D'autres éléments plus épais montrent une structure alvéolaire dont les travées sont, par endroits, parsemées de granulations colorées fortement par la laque ferrique.

« Dans les régions où le frottis est mince, ces divers éléments, nous disent ces auteurs, sont éparpillés et s'entrecroisent en divers sens, mais, là où la préparation est plus épaisse, ils forment un véritable feutrage. »

MM. MATHIS et GUILLET tentèrent à plusieurs reprises d'isoler et de cultiver des éléments. Tous leurs efforts restèrent vains.

En fait, ces auteurs conclurent que cette affection est vraisemblablement due à une bactérie qu'ils n'ont pas réussi à identifier complètement.

Voici ce que M. A. CATANEL, distingué bactériologiste à l'Institut Pasteur d'Alger, qui, à maintes reprises, s'est occupé de recherches parasitologiques

au sujet de différentes glossites et qui a étudié particulièrement la question avec MM. MONTPELLIER et COLONIEU, a bien voulu nous communiquer à ce sujet :

ETUDE PARASITOLOGIQUE DE LA GLOSSITE DE JAMIN, PAR M. CATANEL

MM. MATHIS et GUILLET, qui ont effectué des recherches bactériologiques dans des cas de glossite du type JAMIN observés au Sénégal, ont vu, à l'examen direct, une bactérie filamenteuse qu'ils n'ont pas réussi à cultiver. D'autre part, des ensemencements sur gélose de SABOURAUD ne leur ont pas donné de culture de champignons. Lorsque nous nous sommes occupés de la glossite de JAMIN, nous avons déjà fait une série de recherches sur les champignons à formes-levures de la cavité buccale. En particulier, nous avons étudié les Blastosporés observés chez des malades atteints de langue noire pileuse, de muguet envahissant, de lésions linguales superficielles, d'une glossite d'un type clinique particulier et signalé la présence d'un *Monilia* sur la langue des singes d'Algérie. Pour compléter nos investigations sur la flore du « milieu » buccal, nous avons effectué une série d'examens directs de prélèvements faits au niveau des lésions linguales et pratiqué l'ensemencement du produit de râclage de ces lésions sur gélose glucosée de SABOURAUD, chez dix-huit sujets atteints de glossite de JAMIN (17 indigènes d'Alger et un Sénégalais).

Les examens directs nous ont montré une flore bactérienne des plus variées, sans caractère morphologique particulier.

Sur les dix-huit ensemencements, six ont donné des cultures de champignons du groupe *Monilia*.

Quatre de ces cultures ont les caractères suivants :

Colonies blanches, crêmeuses sur les milieux solides, plus ou moins développées suivant leur constitution.

Dans les liquides, il se produit un dépôt blanchâtre, le milieu restant clair. En eau peptonée sucrée, il se forme, en plus, une collerette plus ou moins développée.

Les cultures sont constituées par des cellules rondes ou ovalaires de taille variable (en moyenne 5 à 6), se multipliant par bourgeonnements, et par des formes filamenteuses, cloisonnées et ramifiées, de 3 à 5 μ de large, dont la proportion et le développement varient suivant les milieux.

Les propriétés biochimiques du champignon sont les suivantes : il ne liquéfie ni la gélatine, ni le sérum coagulé sur lequel il donne également, une culture blanche. Il attaque, avec production de gaz, le glucose, la lévulose, le galactose et la dextrine ; sans donner de gaz, le maltose et le saccharose ; il est sans action sur le lactose, le raffinose, la mannite et l'inuline ; il se développe dans le lait sans le coaguler, en l'alcalinisant nettement au bout d'une quinzaine de jours.

Par sa morphologie, ce *Monilia* se différencie du *M. albicans*. La comparaison de ses caractères avec ceux des espèces qui ont été décrites, permet de le rapprocher de la souche que nous avons isolée dans le cas de muguet envahissant et dans les lésions linguales superficielles chez des sujets appartenant au milieu d'où provenaient les cas de glossite de JAMIN, et dans l'affection de la langue d'un type clinique particulier évoluant chez un européen habitant un autre quartier d'Alger.

Une souche possède des caractères morphologi-

ques voisins mais avec propriétés biochimiques différentes.

Le troisième type de culture est morphologiquement comparable au *Monilia albicans*.

En résumé, dans les cas algériens de glossite de JAMIN que nous avons étudiés, rien ne permet d'incriminer une bactérie se différenciant par sa morphologie des microbes habituellement rencontrés dans la bouche. Mais tandis que MATHIS et GUILLET au Sénégal, n'ont réussi à cultiver aucun champignon, nous avons isolé des *Monilia* (trois souches différentes), dans six cas sur dix-huit.

Cette constatation nous fait admettre qu'il ne s'agit pas d'une mycose. En effet, ces *Monilia* ne sont pas présents dans tous les cas et, lorsqu'on les trouve au niveau des lésions, on ne peut leur accorder un rôle spécifique puisqu'ils sont d'espèces variées.

Cependant, il est possible que dans certains cas de glossite de JAMIN, les lésions soient entretenues ou aggravées par le développement exagéré que les formes-levures, hôtes de la cavité buccale ou apportées de l'extérieur par les contacts ou les aliments, peuvent prendre à leur niveau.

Le caractère épidémique de cette affection, sa co-existence avec de la perlèche, de la pyorrhée alvéolo-dentaire, de la rhinite et enfin avec des lésions d'impétigo ou de dermo-épidermite, milite en faveur d'un agent infectieux.

JAMIN écartait une telle étiologie car, disait-il, « Nous ne savons si l'on peut parler de *contagion*, « car certains individus participant à la vie commune y échappent. Par exemple, le père et la « mère sont frappés, un des enfants aussi, les autres n'ont rien, mais un serviteur est touché. »

Faut-il donc pour que l'on puisse dire qu'il y a contagion que tous les commensaux soient frappés sans exception.

La coïncidence de perlèche, de streptococcie des lèvres, d'impétigo, de rhinite nous fit penser que l'agent de cette affection pouvait bien être le streptocoque. Les frottis montrèrent une telle abondance et une telle variété de germes qu'il nous fut impossible de conclure. Il faudrait du reste, pour obtenir des résultats à ce sujet, plusieurs années d'étude et de recherches assidues ; en effet, un germe une fois isolé, il faudrait montrer son action pathogène et reproduire, par son ensemencement, une lésion identique à celle au niveau de laquelle il a été prélevé. Ajoutons que ces ensemencements devront être pratiqués sur les muqueuses linguales humaines. Cependant, nous sommes prêts à penser que la glossite de JAMIN est superposable à la glossite streptococcique de FONTOYMONT et JOURDRAN dont nous nous sommes déjà entretenus.

C'est en nous basant sur de telles hypothèses que nous avons traité nos malades par la vaccinothérapie. Les résultats obtenus que nous rapportons dans un chapitre suivant, ont encore consolidé notre opinion à ce sujet.

CAUSES SECONDAIRES

Nous avons cru remarquer, au cours de nos observations, que certains sujets étaient plus réceptifs que d'autres ; il est possible que, comme le pensaient MM. LÉVY FRANKEL et JUSTER au sujet de la glossite exfoliatrice marginée, *le système sympathique et les glandes endocrines* jouent un rôle dans l'apparition de cette affection. En effet, elle se montre particulièrement fréquente au moment

de la puberté, des premières règles, et accompagne souvent l'état de gestation qui, comme on le sait, est caractérisé par une suractivité du système endocrinien.

PRONOSTIC

Comme nous l'avons déjà dit, la glossite de JAMIN est une affection fort bénigne qui évolue avec un excellent état général. Même dans les cas les plus aigus, elle finit, au bout d'un temps plus ou moins long, par disparaître spontanément. Cependant, lorsque les symptômes douloureux sont très marqués, les malades se soumettent à une hypo-alimentation et même quelquefois refusent absolument de se nourrir. C'est alors au médecin de les rassurer et d'instituer un traitement qui, en calmant les douleurs, permettra à ses malades de s'alimenter et de conserver un excellent état général.

TRAITEMENT

Devant une affection aussi bénigne qui guérit spontanément au bout de deux à trois mois, nous pouvions traiter nos malades, comme NOGUÉ le faisait, avec du chlorate de potasse (3 à 4 gr. en comprimé ou en solution) et par des badigeonnages boratés (borate de soude 10, glycérine 20).

Ou, comme JAMIN, par l'emploi réitéré d'un collutoire boraté au baume du Pérou, ou enfin par savonnage des dents avec rinçage à l'eau bicarbonatée et attouchement avec la glycérine iodée à 1/10, suivant la méthode employée au début par MM. MONTPELLIER et COLONIEU.

C'est, d'ailleurs, ce que nous avons fait souvent; mais, pensant malgré l'absence de preuves à une origine microbiennne et particulièrement à une origine streptococcique, nous avons essayé, sur les conseils de MM. MONTPELLIER et COLONIEU, la vac-cinothérapie.

Voici les résultats que nous avons obtenus :

I. — Vaccin I.O.D. polyvalent type 1

Nous avons employé ce vaccin en injections hypodermiques au niveau de la cuisse, aux doses suivantes :

Cm3 : $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1, $1\frac{1}{2}$, 2, $2\frac{1}{2}$.

Ceci, à raison d'une injection tous les trois jours.

Chez les adultes, nous débutions d'emblée par 1 cm3, dose que l'on répétait une à deux fois.

Les résultats obtenus furent très intéressants ; malheureusement, bon nombre de malades ne se

représentant plus à nos consultations, nous privèrent de suivre l'effet du vaccin.

Sur 31 malades traités par le vaccin I.O.D. polyvalent type 1 :

- 5 furent guéris en 8 jours (2 piqûres) ;
- 10 furent guéris en 15 jours (3 à 4 piqûres) ;
- 6 furent guéris en 20 jours (5 à 6 piqûres).

9 ne reparurent pas à nos consultations, nous privant de connaître, chez eux, le résultat de notre thérapeutique.

Un seul ne fut pas influencé par le vaccin, malgré des injections répétées.

Sur les 9 malades qui ne revinrent pas à nos consultations, 4 avaient déjà reçu 3 piqûres et avaient vu le phénomène douloureux diminuer nettement d'intensité.

En général, la première piqûre a peu ou pas d'action. Ce n'est qu'à la suite de la seconde piqûre que l'on voit la teinte violine, caractéristique de la glossite de JAMIN, se changer en une teinte rosée ; en même temps, les douleurs diminuent nettement d'intensité. Dès la troisième, on voit, en général, une repapillation se faire d'une façon régulière et continue ; les douleurs ont souvent complètement disparu. A la quatrième piqûre, le malade peut, le plus souvent, reprendre son alimentation coutumière et la langue a retrouvé son aspect normal.

Si la glossite de JAMIN s'accompagne de perlèche, cette dernière disparaît, le plus souvent, dès la 3^e piqûre de vaccin polyvalent,

II. — Immunisol Grémy

Sept malades furent traités par des injections hypodermiques d'immunisol Grémy type 10.

4 furent guéris en 15 à 20 jours (de 2 à 4 piqûres).

2 ne revinrent pas après la première piqûre.

1 très amélioré au bout de deux injections, fut ensuite traité par le vaccin I.O.D. et guérit au bout de vingt jours.

L'immunisol Grémy type 10 a paru donner des résultats superposables à ceux obtenus avec le vaccin I.O.D. polyvalent type 1.

III. — Vaccin Inava

La Maison Inava nous ayant, très aimablement, envoyé, sur notre demande, plusieurs échantillons de ses vaccins, nous avons pu traiter une partie de nos malades par des injections intra-linguales.

9 malades furent ainsi traités.

4 furent guéris après 2 ou 3 piqûres (première piqûre: II gouttes); (deuxième piqûre: III gouttes).

4 ne sont plus revenus, après la première ou la deuxième piqûre.

Un refusa la seconde piqûre d'Inava, disant avoir constaté une exagération de ses douleurs depuis la dernière injection.

Nous avouons que chez ce malade, employant pour la première fois ce vaccin, nous avons peut-être un peu forcé la dose.

Chaque fois que nous avons constaté une amélioration des lésions de la glossite, amélioration qui, souvent, nous semble être le fait de la vaccination, nous avons constaté en même temps une disparition rapide et complète de la perlèche, que cette

dernière fut peu ou très accusée et cela, quel que fut le vaccin employé (I.O.D. Immunizol, Inava).

Par contre, la pyorrhée alvéolo-dentaire qui, comme nous le savons, accompagne souvent la glossite de JAMIN, ne fut jamais influencée par le vaccin I.O.D. ni par l'immunisol Grémy.

Deux fois, nous l'avons vue nettement améliorée par des injections de vaccin Inava.

Donc, en résumé, dans les cas simples, nous proposerons l'emploi du vaccin I.O.D. type 1 ou d'immunisol Grémy type 10 en injections hypodermiques, et nous réserverons le vaccin Inava pour les cas compliqués de pyorrhée alvéolo-dentaire. Quel que soit le vaccin employé, nous recommanderons toujours au malade de se savonner soigneusement les dents après chaque repas, d'éviter toute alimentation irritante et, s'il est fumeur, de suspendre l'usage du tabac.

CONCLUSIONS

1° A côté des glossites dont l'identité est bien établie, et parmi le caput-mortuum des différentes lésions superficielles de la muqueuse linguale jusqu'ici précisées, existe une glossite qui mérite d'être individualisée.

2° Cette glossite, déjà entrevue par H. JAMIN, a été longuement étudiée et précisée à Alger, par MM. MONTPELLIER et COLONIEU qui lui donnèrent, en mémoire de leur éminent collègue de Tunis, le nom de « Glossite de JAMIN ».

3° Elle est caractérisée, à sa période d'état, par une dépapillation du dos de la langue en forme de V ouvert en avant, envahissant progressivement toute la surface dorsale de l'organe.

4° Cette glossite de JAMIN a été observée très fréquemment à Alger parmi la population misérable, à tous les âges, dans les deux sexes, mais presque exclusivement en hiver.

5° Les recherches que nous avons pu poursuivre, nous permettent de rejeter toute origine alimentaire et gastro-intestinale et d'envisager avec beaucoup de réserve le facteur saisonnier.

6° D'après le cortège symptomatique (perlèche, rhinite, impétigo, etc.) et d'après les résultats obtenus par la vaccinothérapie, nous sommes amenés à penser qu'il s'agit d'une affection microbienne, peut-être streptococcique, sans que nous puissions étayer cette hypothèse de preuves microbiologique ou expérimentale.

OBSERVATIONS

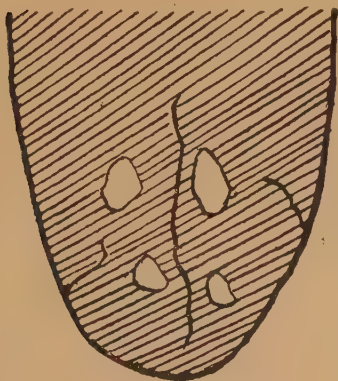
Parmi nos nombreuses observations (plus de 200), nous n'en retiendrons que quelques-unes et, particulièrement, celles de nos malades qui furent traités par la vaccinothérapie.

Pour en faciliter la lecture, nous avons cru bon de classer ces observations suivant les 3 types de la glossite de JAMIN.

I. — OBSERVATION DU TYPE I

Le 9 décembre 1926, se présentait à la consultation Brault, à l'hôpital civil de Mustapha, O. . . bent Slimane, indigène, âgée de 20 ans.

Cette femme se plaignait de sensations de brûlures au niveau de la langue à chaque ingestion de mets épicés ou acides. Les phénomènes, douloureux, disait-elle, n'avaient commencé à se montrer que depuis 3 ou 4 jours et s'étaient accompagnés d'une sensation de sécheresse de toute la muqueuse buccale, sensation fort désagréable.



A l'examen :

Langue très saburrale, de teinte blanc jaunâtre présentant dans la région médio-centrale 4 petits

disques desquamés se détachant nettement, par leur couleur rosée et par leur aspect uni et lisse, sur le reste de la muqueuse.

La denture est en parfait état.

On ne note aucune trace de perlèche, mais la malade

présente des lésions streptococciques de la face (impétigo retro-auriculaire) ainsi que de la rhinite chronique.

Badigeonnage à la glycérine iodée à 1/10.

Le 11 décembre :

Les douleurs se sont accrues; la malade se plaint de ressentir une sensation très cruelle de brûlure à chacun de ses repas, mais la sensation de sécheresse qui existait lors de la première visite a complètement disparu.

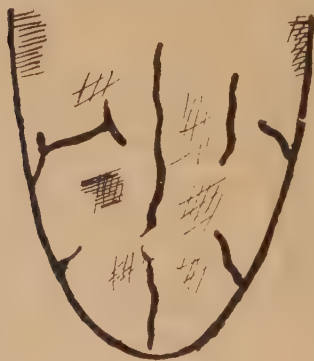
A l'examen :

Toute la pointe de la langue est dépapillée, lisse, unie, de teinte violine avec des papilles fongiformes volumineuses rouges et érectiles.

Le 18 décembre :

Badigeonnage à la glycérine iodée à 1/10.

Toute la surface de la langue est complètement dépourvue de papilles filiformes. On voit, sur la partie centrale



et antérieure, une sorte de mosaïque irrégulière d'aspect nacré. Les plis normaux de la langue sont très exagérés et l'un d'eux présente une fissuration de son fond.

Il existe en outre un état érythémato-squameux de la lèvre inférieure, qui présente de petites pelli-cules blanchâtres et un aspect craquelé.

La malade prétend que ses douleurs n'ont fait qu'augmenter. Elle se plaint à nouveau de sensation de sécheresse de la cavité buccale.

Badigeonnage à la glycérine iodée à 1/10.

La malade ne revient pas.

II. — OBSERVATION DU TYPE II

1° Consultation de la S.S.B.M.

Le 17 janvier 1928 :

Ourida bent A. . . F. . . , âgée de 7 ans.

On ne peut obtenir aucun renseignement, ni sur le début ni sur la marche de l'affection. La petite malade souffre, dit-elle, depuis plusieurs jours de sa muqueuse linguale à chacun de ses repas.

A l'examen :

On note un léger degré de perlèche au niveau de la commissure buccale gauche. Il n'existe aucune trace de pyorrhée alvéolo-dentaire. La petite malade est atteinte de rhinite chronique.

L'état général est bon. Aucun trouble gastro-intestinal.

La langue étant tirée, montre une plage dépapillée, lisse, vernissée, de teinte violine, occupant toute la pointe et la partie médio-centrale de l'organe. En plein centre de cette zone qui semble avoir été fauchée, persiste un petit îlot encore papillé de la grosseur d'un grain de blé.

Les parties restées saines sont recouvertes de papilles filiformes hypertrophiées qui simulent par leur longueur un enduit crémeux blanchâtre. Au niveau de la pointe, les papilles fongiformes hypertrophiées forment de petites saillies mousses.

Vaccin I.O.D. polyvalent : 1/4 de cm3.

21 janvier :

Le petit îlot dont nous avons noté l'existence lors de la première visite, a complètement disparu; la malade prétend souffrir beaucoup moins à l'occasion de ses repas.

Vaccin I.O.D. polyvalent : 1/2 cm3.

24 janvier :

La perlèche a complètement disparu. Au niveau de la langue, on note une repapillation naissante de toute la surface médio-centrale, particulièrement marquée au voisinage des bords. Les phénomènes subjectifs ont presque complètement disparu.

Vaccin I.O.D. polyvalent : 3/4 de cm3.

Cette enfant ne s'est plus représentée à notre consultation. Mais bien que nous n'ayons point constaté, lors de notre dernier examen, une repapillation complète de la langue, il nous semble cependant que la vaccinothérapie ait donné en ce cas des résultats très satisfaisants.

2° Consultation de la S.S.B.M.

Le 4 février 1928 :

Mohamed ben El H. . . . M. . . . , âgé de 9 ans.

Toute la surface de la langue est normale, sauf une plaque de la grosseur d'une pièce de un franc située au centre du plateau dorsal. Cette plaque, à bords irréguliers



mais francs, est légèrement ovale, à grand axe antéro-postérieur. Elle contraste avec les parties avoisinantes, par son aspect lisse et uni, étant complètement dépourvue de papilles filiformes. A son niveau, on note quatre ou cinq saillies mous-
ses formées par des papilles fongiformes hypertrophiées.

Ce petit malade accuse une sensibilité assez marquée à l'occasion de ses repas. Il dit même souffrir assez cruellement lorsqu'il mange des mets épicés et du fel-fel.

Aucune perlèche commisurale.

Denture en très mauvais état; plusieurs dents sont atteintes de carie avancée, mais on ne note point de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Pas d'engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire.

Vaccin I.O.D. : 1/4 de cm3.

Le 7 février 1928 :

Le placard dépapillé s'est agrandi et occupe actuellement toute la pointe et la partie médio-centrale de la

langue. Le V caractéristique de la deuxième période est donc ainsi constitué.

Aucun changement dans les symptômes subjectifs.

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

Le 9 février 1928 :

Les douleurs ont presque complètement disparu.

Même aspect des lésions.

Vaccin I.O.D. : 3/4 de cm³.

Le 11 février 1928 :

Le petit malade qui n'accuse plus aucune douleur, présente une légère repapillation de la région dorsale de la langue.

Vaccin I.O.D. : 3/4 de cm³.

Le petit malade ne revient plus.

3° Consultation de la S.S.B.M.

Le 11 octobre 1928 :

N.... bent Mohammed H...., âgée de 21 ans.

A l'examen :

On note une perlèche bilatérale très marquée. Le versant interne de la lèvre inférieure est rouge et dépoli.

La denture est en excellent état sans aucune pyorrhée alvéolo-dentaire.

La langue présente le V caractéristique du deuxième stade ; elle est, en outre, creusée de nombreux ravins plus ou moins profonds, plus ou moins ramifiés ; lorsque, avec le pouce et l'index, on écarte les deux lèvres d'un de ces ravins, on voit que le fond est occupé par une sorte de magma blanchâtre. Deux de ces ravins présentent une ulcération de leur fond.

La malade accuse des douleurs cruelles à chaque tentative d'alimentation ; ces douleurs deviennent intolérables lorsque les aliments sont acides ou épicés.

On ne peut obtenir que de très vagues renseignements sur les débuts de l'affection qui remonterait, au dire de la malade, à deux semaines environ. Les douleurs ne sont véritablement aiguës que depuis 4 jours.

Cette malade a présenté deux grossesses qui toutes deux se sont terminées par des accouchements à terme d'enfants morts-nés.

Pensant à une syphilis probable, on fait une prise de sang et on met la malade au 914, traitement que l'on continuera à titre expérimental, bien que B.W. et le H. soient négatifs dans le sérum sanguin.

Sur la langue, *glyc. iodée* à 1/10.

Malgré ce traitement, on ne note aucune amélioration ou plutôt alternance de mieux et de pire.

Le 3 janvier 1928 :

On fait une première injection de *vaccin I.O.D. polyvalent* : 1/2 cm³.

Le 7 janvier :

On constate une amélioration surtout marquée au point de vue subjectif.

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

Le 10 janvier :

Les douleurs ont complètement disparu. On note en plus un début de repapillation de toute la surface dorsale de la langue.

La malade ne revient plus.

4° Consultation Brault

Le 3 mars 1928 :

Fatma bent O. . . M. . . , âgée de 17 ans.

Le début de l'affection remonterait à deux mois environ.

Actuellement la malade se plaint de douleurs vives au niveau de sa muqueuse buccale lorsqu'elle mange des mets épicés ou acides.

Ces douleurs sont comparées, par cette indigène, à la brûlure par le fer rouge.

A l'examen :

Légère perlèche à droite.

Denture en excellent état. Pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le versant interne de la lèvre inférieure présente une

muqueuse rouge, dépolie, avec un placard érythémateux rouge vif.

Les muqueuses jugales gardent l'empreinte des dents et le sillon interdentaire y est marqué par un fin liséré blanchâtre. La langue, légèrement augmentée de volume, présente un aspect particulier quant à sa face dorsale. Au centre, existe une zone ovalaire à grand axe antéro-postérieur qui, complètement dépourvue de papilles, est lisse, unie, de teinte vieux rose et d'aspect vernissé. Les bords de ce placard sont sinueux et nets. En son centre, on note deux petites tâches opalines qui se laissent enlever assez facilement par le frottement. A la vue d'une telle lésion, nous avons l'impression de nous trouver devant une glossite losangique médiane de BROCC et PAUTRIER, bien que ce placard soit plus antérieur, qu'il soit douloureux et qu'il n'ait point l'évolution de cette affection.

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

Le 7 mars 1928 :

A peu près même aspect objectif. Cependant, la dépapillation a tendance à gagner la pointe de la langue. Il existe, en effet, une petite zone ovalaire dépapillée qui est rattachée par un fin pédicule au placard fauché central.

Les douleurs auraient bien diminué depuis la dernière piqûre.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le 10 mars :

La malade est heureuse de nous apprendre que ses douleurs ont complètement disparu.

La dépapillation a gagné la pointe de la langue et l'on a l'aspect classique de la glossite de JAMIN à son deuxième stade. Cependant la teinte est plus rosée qu'à l'ordinaire et il semble que, vers la partie postérieure, il y ait un début de repapillation.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³ 1/2.

Le 14 mars :

Repapillation complète, aspect tout à fait normal de la langue.

5° Consultation de la S.S.B.M.

24 janvier :

Baya bent S. . . B. . . , âgée de 20 ans.

Le début de l'affection remonterait à 3 mois 1/2 environ.

La malade aurait alors ressenti, à l'occasion de ses repas, des picotements au niveau de sa muqueuse linguale.

Peu à peu, les douleurs augmentèrent pour devenir presque intolérables.

A l'examen :

Les deux commissures labiales sont atteintes de perlèche très marquée.

La denture est en bon état et il n'existe aucune pyorrhée alvéolo-dentaire. On ne note aucun engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire. L'état général est bon; aucun trouble gastro-intestinal.

La face dorsale de la langue présente le type classique de la langue de JAMIN, à son deuxième stade: plaque centrale dépapillée avec hyperpapillation du reste de la muqueuse formant un V ouvert en avant. La zone dépapillée est lisse, unie, de teinte lilassée avec, à son niveau, des petites taches opalines. La pointe de la langue présente les saillies des papilles fongiformes hypertrophiées et érectiles.

La malade signale que plusieurs individus, habitant sa maison, sont atteints d'une affection identique ainsi d'ailleurs que plusieurs de ses voisins; elle nous dit en outre que cette affection est fréquente chez les indigènes et particulièrement chez les femmes enceintes.

Elle a été traitée pendant plusieurs semaines dans une consultation de la ville par un traitement local qui n'a donné aucun résultat.

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

26 janvier 1928 :

Les douleurs ne sont nullement calmées et l'on ne note aucun changement dans l'aspect objectif de la lésion.

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

28 janvier :

Aucune amélioration.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

31 janvier :

Toujours même aspect objectif. La perlèche n'a été nullement influencée par la vaccinothérapie. Les douleurs, au dire de la malade, sont toujours aussi marquées.

La malade ne revient plus à nos consultations. Nous n'avons donc pu poursuivre notre traitement, mais *il semble que dans ce cas, le vaccin I.O.D. n'ait donné aucun résultat.*

6° Consultation de la S.S.B.M.

Le 9 février 1928 :

Fatma bent M..., âgée de 21 ans.

La malade, qui ne présente ni perlèche ni pyorrhée alvéolo-dentaire, dit souffrir de sa langue depuis une huitaine de jours.

La mastication est douloureuse surtout lorsqu'il s'agit d'aliments épicés ou d'aliments durs comme la croûte de pain.

Le plateau dorsal présente une dépapillation médio-



centrale, avec hyperpapillation des bords et de la partie postérieure de la langue, d'où formation du V caractéristique, ouvert en avant. Dans cette partie désertique de teinte vieux rose, se voient quelques petits îlots, véritables oasis, restés légèrement papillés. Au niveau de la pointe, on note une hypertrophie des papilles fongiformes, formant de nombreuses petites saillies mousses et érectiles.

L'état général est parfait. Aucun trouble digestif.

Collutoire boraté.

Le 11 février 1928 :

Aucune amélioration. A l'examen, on constate la dispa-

rition des petits îlots centraux, notés lors du premier examen.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le 14 février :

Aucune amélioration. La malade prétend souffrir toujours autant. La muqueuse présente le même aspect objectif.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le 18 février :

La malade nous avoue avoir constaté, dès le lendemain de la deuxième piqûre, une amélioration nette des troubles subjectifs. Les douleurs ne sont actuellement que très légères et ne se manifestent que sous la forme de picotements.

Les signes objectifs sont toujours identiques.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³ 1/2.

Le 25 février :

Les douleurs ont complètement disparu, même lors de la mastication d'aliments épicés ou irritants.

Toujours même aspect objectif.

Vaccin I.O.D. : 2 cm³.

Le 28 février :

La malade continue toujours à s'alimenter sans ressentir de douleur.

A l'examen, on note une légère repapillation qui se fait par petits îlots centraux.

Toute la région médio-centrale est plus rose, moins violine qu'au début.

Vaccin I.O.D. : 2 cm³.

1^{er} mars :

Repapillation légèrement plus marquée.

Vaccin I.O.D. : 2 cm³.

6 mars :

La langue a repris une teinte presque normale.

On cesse le vaccin.

13 mars :

La langue est d'un aspect tout à fait normal. Les douleurs n'ont pas reparu bien que la malade ne suive aucun régime.

7^e Consultation Brault, Hôpital Civil de Mustapha

21 février 1928 :

Chérif M... ben Z..., âgée de 25 ans :

Le malade vient nous trouver afin de continuer un traitement anti-syphilitique, commencé dans une consultation de la ville, pour plaques fauchées de la langue.

Le malade très affecté de se savoir syphilitique, se lamente à la pensée qu'il a sans doute, impunément, contaminé sa femme et ses deux enfants.

A l'examen :

On note de la perlèche bilatérale particulièrement marquée au niveau de la commissure gauche. Cette perlèche s'étend sur la face interne de la muqueuse juguale simulant une plaque de leucoplasie.

La denture est défectueuse : pyorrhée et nombreuses caries. Aucun engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire.

La face dorsale de la langue présente le V ouvert en avant caractéristique du stade 2 de la glossite de JAMIN. La partie centrale, lisse, unie, complètement dépapillée est de couleur violine avec un aspect légèrement vernissé. Au toucher, la muqueuse est souple, fine et humide.

Le malade accuse des douleurs très vives, lors de ses repas; ces douleurs, véritables brûlures, l'ont obligé à abandonner ses cigarettes et se mettre à un régime lacté.

Le malade a reçu déjà deux piqûres de 914. Nous lui faisons une prise de sang et, cessant le traitement arsenical, nous le mettons au

Vaccin I.O.D. polyvalent type 1 : 1 c/m3.

Le 23 février :

Le malade revient nous voir; il est toujours aussi inquiet car il n'a constaté aucun changement, ni au point de vue objectif, ni au point de vue subjectif.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le 25 février :

Le B.W. et le H. sont négatifs dans le sérum sanguin.

Depuis la deuxième piqûre de vaccin, les douleurs se sont calmées, et à l'examen on constate une teinte plus rosée de toute la partie décapillée.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³ 1/2.

Le 28 février :

Le malade ne souffre plus du tout, il a repris depuis hier son alimentation normale et est heureux de nous annoncer qu'il a fumé ce matin une cigarette sans éprouver la moindre douleur.

Vaccin I.O.D. : 2 cm³.

Le 1^{er} mars :

Plus de douleurs, Aspect normal de la langue.

8^e Consultation de la S.S.B.M.

Le 20 décembre 1927 :

Ourardia bent A.... M...., âgée de 18 ans.

Toute la région médio-centrale est lisse, unie, vernissée, de teinte violine, coupée dans son milieu par un profond sillon longitudinal.

Les papilles filiformes ne persistent que sur les bords et au niveau de la base de la langue, formant ainsi un V ouvert en avant.

Les bords de la langue sont épais et gardent l'empreinte des dents. Ils sont de plus sillonnés de nombreux ravins qui leur sont plus ou moins perpendiculaires.

La pointe présente les saillies mousses et arrondies des papilles fongiformes hypertrophiées.

Ces phénomènes s'accompagnent de légères douleurs à l'occasion des repas.

Perlèche bilatérale.

Pas de pyorrhée alvéolo-dentaire et bon état de la denture.

Engorgement ganglionnaire.

Etat général parfait, sans troubles gastro-intestinaux.

Vaccin polyvalent I.O.D. : 1 cm3.

Le 22 décembre :

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 27 décembre :

Très grosse amélioration; la région médio-centrale du dos de la langue a perdu sa teinte violine; de plus, les bords de la région voisine des papilles caliciformes ne sont plus le siège d'une hyperpapillation et ne semblent point recouverts d'un épais enduit blanchâtre.

La perlèche a complètement disparu.

Plus aucun signe subjectif.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3 1/2.

Le malade peut manger les mets les plus épicés sans ressentir aucune douleur.

A l'examen: on voit que toute la partie médio-centrale de la langue est le siège d'une repapillation régulière; la muqueuse tend à reprendre sa teinte et son aspect normaux. Le sillon médian est encore très accusé, mais les petits sillons latéraux ont complètement disparu.

Vaccin I.O.D. : 2 cm3.

Le 7 janvier 1928 :

La langue présente un aspect tout à fait normal avec seulement une légère exagération du sillon médian.

9^e Consultation de M. le Dr Raynaud, Hôp. de Mustapha

Le 2 mars 1928 :

R.... T.... (Israélite), âgé de 21 ans.

Le malade souffre de sa muqueuse linguale depuis environ deux semaines. Au début, il ne percevait que de légers picotements, mais actuellement, il souffre de sensations de brûlures. Ces phénomènes douloureux se montrent particulièrement aigus, lorsque M. T.... fume des cigarettes ou mange des mets épicés et irritants. Les douleurs sont si fortes que ce malade a dû cesser de fumer.

Voici comment le malade nous décrit l'évolution objective de son affection :

Au début, il remarqua une hyperpapillation générale de sa muqueuse linguale qui prit une teinte blanc jaunâtre. Quelques jours après, au milieu de ce chevelu papillaire, le malade constata l'existence de petites plaques arrondies, dépapillées, contrastant nettement par leur aspect rosé avec le reste de la muqueuse. C'est alors que les douleurs qui existaient depuis quelques jours déjà, se firent plus vives et commencèrent à inquiéter le malade. Elles ne tardèrent pas à s'unir pour ne former qu'une seule plaque lisse, rosée, occupant la partie médio-centrale et antérieure de la langue.

Actuellement, on note le V caractéristique ouvert en avant, la partie dépapillée lisse, unie, semble vernissée. Au niveau de la pointe, on voit les saillies mousses des papilles fongiformes.

Pas de perlèche. Pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Aucun engorgement ganglionnaire. Etat général excellent.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le 5 mars 1928 :

Le malade revient nous voir; il nous dit avoir constaté une diminution nette des douleurs, la langue est plus rosée, moins violine, il semble qu'il y ait un début de papillation.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Nous ne revoyons plus ce malade.

10^e Consultation Brault, Hôpital Civil de Mustapha
21 décembre 1927 :

Fatma bent A. . . . , âgée de 37 ans.

Au dire de la malade, le début de l'affection remonterait à 8 jours environ; il a été marqué par des douleurs légères qui, rapidement, se firent vives pour devenir presque insupportables actuellement.

« Ça pique, ça brûle comme le feu », nous dit la malade.

Ces douleurs sont provoquées par le contact de tous les aliments, les plus épicés comme les plus anodins; le

lait tiédi, l'eau pure sont d'un contact douloureux. Et la malade, redoutant de souffrir, n'ose plus s'alimenter.

A l'examen :

Pas de perlèche. Pas de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Le dos de la langue présente l'aspect du type du stade 2: dépapillation de toute la partie médio-centrale et antérieure, formation du V ouvert en avant.

Les amygdales sont rouges, tuméfiées, très douloureuses, il existe en plus un engorgement marqué des ganglions de la région sous-maxillaire.

Le mari de cette indigène ne présente aucune affection linguale, mais, de ses quatre enfants, l'aînée, jeune fille de 15 ans souffre depuis 4 à 5 jours de sa muqueuse linguale. Celle-ci présente à l'examen, l'aspect typique du stade 2 avec, en plus, un aspect dépoli de la muqueuse qui tapisse le versant interne de la lèvre inférieure. Cette muqueuse est rouge, avec des placards érythémateux rouge vif.

Pas de pyorrhée ni de perlèche ; pas d'engorgement ganglionnaire ni d'amygdalite.

La seconde, fillette, âgée de 11 ans, présente, depuis deux jours, de la perlèche commissurale; elle ne se plaint d'aucune douleur à la mastication et sa langue présente un aspect tout à fait normal.

Le troisième, garçon de 8 ans, présente aussi de la perlèche; il est en outre porteur des lésions streptococciques (impétigo du cuir chevelu et de l'oreille droite). On ne note aucune lésion au niveau de sa muqueuse linguale.

Le dernier enfant, une petite fille âgée de six ans, ne présente aucune lésion pathologique.

Vaccin I.O.D. : A la mère : 1/2 cm³.

A l'aînée : 1/4 cm³.

On traite l'impétigo du troisième enfant par un traitement local.

Le 24 décembre :

Même aspect des lésions chez la mère et chez l'aînée des enfants.

Vaccin I.O.D. : A la mère : 1 cm3.

A l'aînée : 1/2 cm3.

Le 27 décembre :

La petite fille de 11 ans qui présentait uniquement de la perlèche lors du premier examen, présente aujourd'hui des petits disques desquamatiques au niveau de sa muqueuse linguale qui est partout ailleurs le siège d'une hyperpapillation.

Elle n'accuse aucun symptôme douloureux.

On note une grosse amélioration chez la mère: disparition des douleurs et début de repapillation.

Chez la fille: moins beau résultat et peu de changement, tant au point de vue objectif que subjectif.

Vaccin I.O.D. : Mère : 1 cm3 1/2.

Aînée : 1 cm3.

Deuxième des filles : 1/4 de cm3.

Nous n'avons malheureusement plus revu tout ce monde à notre consultation. Nous avons cru devoir citer cette observation, car trois membres d'une même famille étaient atteints de cette même affection, alors qu'un quatrième présentait des lésions uniquement streptococciques.

11° Consultation de la S.S.B.M.

Le 23 février 1928 :

Guedjali A., ... M., ... , âgé de 27 ans.

Le malade qui vient de recevoir une série de 914, présente une glossite de JAMIN à son stade 2.

Sur la lèvre inférieure, sur les joues, sur le voile du palais, on note l'existence de placards érythémateux à contours irréguliers. Au niveau de ces placards, la muqueuse a perdu son aspect uni et brillant, elle est rouge, avec de petits points carminés dont certains, surtout au niveau du versant interne de la lèvre inférieure) sont cerclés d'une auréole blanchâtre.

Le goût n'est nullement altéré et le malade reconnaît sans la moindre hésitation, le sucré, le salé, le poivré, l'amer, le chaud et le froid, que ces expériences (qui

furèrent très douloureuses pour le patient) soient faites au niveau des zones papillées ou dépapillées.

Le toucher n'est nullement douloureux et ne dénote aucune sclérose.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 28 février :

Aucune amélioration.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 6 mars :

La langue a perdu sa teinte violine, elle est moins vernissée et il semble qu'elle soit le siège d'une légère repapillation.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 10 mars :

Le malade ne souffre plus. La muqueuse linguale a repris sa teinte et son aspect normal.

Le 20 mars :

Le malade revient nous voir parce qu'il souffre à nouveau de sa muqueuse linguale.

A l'examen: on ne constate aucune modification objective.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3 1/2.

Le malade ne revient plus.

III. — OBSERVATION DU TYPE 3

1° Consultation de la S.S.B.M.

Le 18 février 1928 :

Saïd ben S. . . . Ch. . . . , âgé de 6 ans.

Ce jeune indigène, atteint de gale, présenté de la perlèche bi-latérale, une légère pyorrhée alvéolo-dentaire, et une glossite de JAMIN du type 3.

La langue, étant tirée, apparaît presque complètement

décapillée, lisse, unie, de teinte violine, d'aspect vernissé.



Les papilles filiformes n'existent que sur le bord de la langue et de part et d'autre du sillon central plus accusé qu'à l'état normal. Elles forment des trainées blanc jaunâtre se détachant nettement sur le fond de la muqueuse. Le petit malade accuse de légères douleurs à l'occasion de ses repas et uniquement avec les mets

épiciés ou irritants. On ne peut obtenir aucun renseignement sur le début de l'affection qui remonterait à plusieurs semaines.

Immunizol Grémy n° 10 : 1/4 cm³

Le 28 février 1928 :

Le petit malade se représente à nous pour ses lésions galaires. Il ne souffre plus du tout de sa muqueuse linguale qui a repris un aspect tout à fait normal. Persistance de la perlèche.

Immunizol Grémy n° 10 : 1/2 cm³

Le 1^{er} mars :

Aspect normal de la muqueuse linguale, aucune sensation douloureuse, disparition de la perlèche.

2^e Consultation Brault

Le 17 août 1928 :

M.... O.... bent M...., âgée de 30 ans.

La malade prétend souffrir de sa muqueuse linguale depuis plusieurs mois. On note de la perlèche bi-latérale. L'état de la denture est satisfaisant, très légère pyorrhée alvéolo-dentaire.

La langue, légèrement augmentée de volume, est de

teinte violine, complètement décapillée, d'aspect vernissé avec des traînées longitudinales opalines.

Le versant de la lèvre inférieure est rouge, dépoli, rugueux au toucher, avec un placard érythémateux à bordure blanchâtre irrégulière.

Au niveau des muqueuses juguales, on voit s'étendre la perlèche qui prend ainsi l'aspect de plaques de leucoplasie.

Cette femme est enceinte de 7 mois.

Son mari, vieux syphilitique, est en traitement à notre consultation.

Prise de sang pour B.W. et H.

Badigeonnage à la glycérine boratée.

Le 14 août :

Il semble qu'il y ait une grosse amélioration des symptômes objectifs. On note, en effet, un début de repapillation qui se fait par petits îlots centraux. Les douleurs ont beaucoup diminué. La perlèche seule ne semble pas avoir été influencée par le traitement.

Le B.W. et le H. sont négatifs dans le sérum sanguin.

Même traitement.

Le 21 août :

Il semble que l'on assiste à une rechute : depuis trois jours les douleurs ont redoublé d'intensité, sensation de brûlure très pénible. La langue est rouge vif. Les petits îlots centraux ont disparu.

La perlèche est toujours très marquée et s'étend sur les muqueuses juguales. Au niveau de la lèvre inférieure, on note sur le versant interne une petite exulcération à fond rouge vif, entourée d'une collerette blanc jaunâtre.

Inava : II gouttes.

Le 25 août :

La repapillation s'accuse à nouveau. Les douleurs ont presque complètement disparu. La malade demande une nouvelle piqûre intra-linguale dont elle n'a nullement souffert.

Inava : III gouttes.

Le 28 août :

La langue a repris une teinte rosée. On voit une repapillation naissante se faire sur toute la surface dorsale.

La perlèche a diminué et n'est plus que très légèrement marquée. Disparition complète des douleurs.

Inava : IV gouttes.

Le 4 septembre :

La malade a repris son alimentation normale sans ressentir aucune douleur. Aspect tout à fait normal de la langue.

3^e Consultation de la S.S.B.M.

Le 14 janvier 1928 :

Fatma bent Ch.... M...., âgée de 32 ans.

Cette femme souffre de sa muqueuse linguale depuis une quinzaine de jours environ. Les douleurs sont particulièrement aiguës, au contact de la croûte de pain et de mets épicés.

A l'examen :

Perlèche commissurale bi-latérale. Mauvais état de la denture et légère pyorrhée alvéolo-dentaire.

La langue présente un aspect faussement scrotal, avec de nombreux ravins disposés sans ordre dont le fond est recouvert d'un enduit crémeux blanchâtre.

On ne note point de fissuration.

Toute la surface antérieure de la langue est dépapillée, rouge vernissée, avec des traînées longitudinales lactescentes; toute la muqueuse buccale est rouge et dépolie; au niveau de la joue gauche, on note une plaque érythémateuse bordée d'une petite collerette blanchâtre.

Immunizol Grémy n° 10 : 1 cm3

Le 17 janvier :

Les douleurs sont beaucoup moins intenses. Toute la partie desquamée a perdu sa teinte vernissée; les ravins sont moins accusés.

Immunizol Grémy n° 10 : 1 cm3

Le 21 janvier :

Les douleurs ont complètement disparu, quels que soient les aliments. La langue garde encore son aspect faussement scrotal bien que les ravins aient tendance à s'effacer. La perlèche n'existe plus, la muqueuse buccale a repris sa teinte rose normale.

4° Consultation de la S.S.B.M.

Le 12 janvier 1928 :

Fatma Bent A. . . . M. . . . , âgée de 18 ans.

Depuis le commencement de novembre, la malade se plaint d'une gêne au niveau de sa muqueuse linguale. De plus, les aliments particulièrement épicés ou acides déterminent, par leur contact, une sensation d'ardeur.

A l'examen :

Perlèche, bi-latérale.

Très mauvais état de la denture: pyorrhée alvéolo-dentaire et nombreuses caries.

La palpation de la région sous-maxillaire décèle un certain degré d'engorgement ganglionnaire. Les amygdales ne sont ni rouges, ni tuméfiées.

Le versant interne de la lèvre inférieure montre une muqueuse rouge, dépolie, avec un léger piqueté rouge vif. La langue est complètement dépapillée, de couleur violine, avec des trainées lactescentes longitudinales. De chaque côté de la zone médio-centrale existent des sillons parallèles aux bords de la langue. En écartant les lèvres de ces sillons avec le pouce et l'index, on constate que leur fond est enduit d'une sorte de magma blanchâtre; il n'existe point de fissuration.

Etat général excellent, aucun trouble gastro-intestinal.

Immunizol type n° 10 : 1/2 cm3

Le 13 janvier 1928 :

La langue est plus rosée, moins violine, elle a perdu son aspect glacé. Les ravins que nous avons notés, sont encore accusés. Les douleurs auraient diminué depuis la dernière visite.

Immunizol n° 10 : 1 cm3

Le 17 janvier :

La douleur a complètement disparu, la langue a repris une teinte normale et est le siège d'une repapillation uniforme.

Disparition complète de la perlèche.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3 1/2.

5° Consultation Brault

Le 21 février 1928 :

Mohamed ben B..., 30 ans.

Le début de l'affection remonterait à 4 mois 1/2 environ. Depuis cette époque, le malade présente certaines douleurs à la mastication, mais ce n'est que depuis 1 mois et demi que les symptômes douloureux sont nettement marqués, obligeant le malade à suivre un régime.

A l'examen :

Perlèche bi-latérale qui n'existerait que depuis une semaine. Aucune pyorrhée alvéolo-dentaire.

La langue présente l'aspect classique du type 3 à son début: toute la partie médio-centrale est dépapillée, rouge violacé, d'aspect vernissé, le sillon central est très accusé, les bords de la langue qui sont le siège d'une hyperpapillation, semblent recouverts d'un épais gazon blanchâtre.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 24 février :

Même aspect. Aucune amélioration.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 27 février :

Grosse amélioration. La surface centrale n'est pas encore repapillée, mais elle a repris une teinte rose normale. Les douleurs ont presque complètement disparu.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3 1/2.

Le malade n'est plus revenu.

Notons que cet indigène avait reçu plusieurs séries de 914 à notre consultation et que son B.W. et son H. étaient négatifs. Notons en outre que cet indigène avait présenté

en 1917 des douleurs au niveau de sa muqueuse linguale, douleurs qui auraient persisté pendant toute la saison froide.

6^e Consultation Brault

Le 28 janvier 1928 :

Mosli Ali ben A. . . . , âgé de 35 ans.

Le début de l'affection remonterait, au dire du malade, à 4 mois environ.

Les douleurs, d'abord peu marquées et ne consistant qu'en de légers picotements, se sont accrues de jour en jour et sont actuellement si violentes que le malade a dû se soumettre à la diète lactée. Tout contact d'aliments, épicés ou non, provoque une sensation de brûlure très cruelle.

A l'examen :

On ne note aucune perlèche, mais un très mauvais état de la denture avec pyorrhée alvéolo-dentaire.

La langue complètement dépapillée, est lisse, unie, vernissée, de teinte violine avec des bandes opalines longitudinales. Les bords sont rouge vif, plus épais que normalement. A leur niveau, on note de nombreuses papilles fongiformes hypertrophiées qui forment autant de petites saillies rouges, arrondies et mousses.

Vaccin I.O.D. type 1 : 1/2 cm3.

Le 31 janvier :

Légère amélioration. Les bords sont moins épais, moins rouges, on note à leur niveau un début de repapillation donnant à l'organe un aspect rappelant celui de la glossite de JAMIN au stade 2.

Cette amélioration objective s'accompagne d'une diminution des symptômes douloureux.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 4 février :

La douleur ayant presque complètement disparu, le malade a repris son alimentation normale.

La surface de la langue a perdu sa teinte violine et vernissée; on note à son niveau une repapillation rég-

lière. La pyorrhée alvéolo-dentaire est toujours aussi marquée.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le malade ne se représente plus à notre consultation.

7^e Consultation de la S.S.B.M.

Le 11 février 1928 :

Kalsoum bent B. . . . F. . . . , 23 ans.

Le début de l'affection remonte à 1 mois 1/2 environ; à cette époque la malade aurait ressenti, au niveau de sa muqueuse linguale, une sensation de picotements provoquée par l'ingestion de mets épicés; puis ces picotements se changèrent en vraies douleurs, ce qui décida la malade à venir consulter.

A l'examen :

Perlèche commissurale bi-latérale très marquée.

Très mauvais état de la denture avec certain degré de pyorrhée alvéolo-dentaire. La langue est lisse, unie, vernissée, de couleur rouge assez vif avec des plaques opalines; au niveau du tiers moyen, existe un sillon profond, transversal au fond duquel se trouve un magma blanchâtre. Les bords et la partie transversale de la langue sont recouverts de papilles filiformes plus longues, plus volumineuses qu'à l'état normal.

Au niveau de la zone postérieure, juste en avant du V lingual, on note, au milieu du gazon papillaire, plusieurs saillies rouges, formées par les papilles fongiformes hypertrophiées. La douleur à la mastication est peu marquée et n'existe qu'au contact de certains aliments très irritants (fel-fel).

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

Le 14 février :

Aucune amélioration. La dépapillation s'est encore accrue. Il ne subsiste qu'une mince zone située en avant du V lingual, encore recouverte de papilles filiformes.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³.

Le 28 février :

La langue a repris une teinte rosée, il n'existe plus de plaques opalines. La perlèche a complètement disparu.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³ 1/2.

Le 3 mars :

La malade ne souffre plus de sa muqueuse linguale. La langue est le siège d'une repapillation naissante.

Vaccin I.O.D. : 1 cm³ 1/2.

La malade ne revient plus.

8° Consultation de la S.S.B.M.

Le 11 février 1928 :

Bedaoudja bent M. ..., 13 ans.

Depuis une quinzaine de jours environ, la malade accuse des symptômes douloureux au niveau de sa muqueuse linguale: légers picotements et sensation de gêne au contact des aliments épicés

ou acides, ou des corps durs comme la croûte de pain. Le piment provoque une sensation de brûlure très cruelle.

A l'examen :

Perlèche commissurale à gauche. Aucune pyorrhée alvéolo-dentaire; aucun ganglion de la région sous-maxillaire.

La langue étant tirée présente l'aspect suivant: toute la partie médio-centrale est lisse, rouge, de teinte violine avec de petits îlots encore papillés. Encadrant cette surface glabre, on note, le long des bords, deux bandes blanchâtres simulant un enduit crémeux.

Vaccin I.O.D. : 1/2 cm³.

Le 14 février :

Aucun changement objectif; légère diminution de la douleur.



Vaccin I.O.D. : 1/2 cm3.

Le 18 février :

La malade nous montre un visage souriant, elle nous annonce ne plus ressentir aucune douleur même avec le piment.

A l'examen : disparition de la perlèche, repapillation de tout le dos de la langue qui a repris une teinte et un aspect normaux.

On cesse le vaccin.

Le 6 mars :

La malade revient à notre consultation parce que, depuis deux jours, elle souffre de nouveau de sa muqueuse linguale.

A l'examen :

La langue, qui est le siège d'une dépapillation médio-centrale, présente le même aspect que lors de la première visite.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3.

Le 8 mars :

Aucun changement.

Vaccin I.O.D. : 1 cm3 1/2.

Le 20 mars :

Aucun changement objectif mais disparition complète des douleurs.

On essaie le *vaccin Inava intra-lingual*: II gouttes.

Le 27 mars :

Le malade prétend que depuis sa dernière piqûre, les douleurs ont redoublé d'intensité; elle refuse une nouvelle piqûre et ne revient plus à notre consultation.



BIBLIOGRAPHIE

- Albert.** — Stomatite épithéliale.
(*Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1895, p. 253).
- Balzer F. et Galliot.** — Un cas de glossite dépapillante médiane.
(*Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1894, p. 213).
- Beaudouin G.** — Glossite exfoliatrice.
(*Ann. de Dermat. et Syph.*, 1898, p. 555).
- Bénard.** — Langues.
(*Pratique Dermat.*, Paris, 1901, T. II).
- Besnier E.** — Eczéma en aires de la langue.
(*Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1889, p. 320).
- De Beurmann et Ramond.** — Glossite marginée ambulante.
(*Ibid.*, 1902, p. 372).
- Bonnet L. M.** — Desquamation en aires de la langue chez les adultes, coïncidence de la langue scrotale.
(*Ann. de Derm. et Syph.*, 1908, p. 448).
- Bonnet L. M.** — Desquamation linguale en aires.
(*Lyon Médical*, 1911, p. 1177).
- Bonnet L. M.** — Valeur sémiologique de la lésion dite « Stomatite nacrée ou triangulaire des fumeurs ».
(*Ann. de Derm. et de Syph.*, 1917, p. 597).
- Bonnet L. M.** — Sémiologie des leucoplasies buccales.
(*Journal de Méd. de Lyon*, n° 90, 20 mai 1920).
- Brocq L. et Pautrier L. M.** — Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue.
(*Ibid.*, 1914, p. 1).

Brouardel. — Glossite décapillante chez un syphilitique traité par des piqûres de calomel.

(*Ibid.*, 1896, p. 1057).

Butlin. — Maladie de la langue (Anglais), trad. de D. Aigre, p. 153.

Catanéi A. — Présence d'un *Monilia* sur la langue de singe d'Algérie.

(*C. R. Soc. Biol.*, T. XCV, 17 juillet 1926, p. 568-569).

Catanéi A. — La langue noire pileuse: sa parasitologie, réflexions sur sa pathogénie.

(*Arch. Inst. Pasteur d'Algérie*), T. III, fasc. 4, décembre 1925, p. 379-393).

Cazzola M. — Etude sur une lésion papillaire de la langue.

(*Ann. de Dermat. de Syph.*, 1894, p. 1301).

Clément. — Enanthème de l'antipyrine.

(*Thèse Paris*, 1897).

Colleville. — Sur un cas de stomatite épithéliale chronique traité par l'H² O² et les courants induits.

(*Gazette hebdom. de Méd. et de Chir.*, 4 mars 1898, p. 277).

Danlos H. et Blanc. — Deux cas de Σ^2 chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale.

(*Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1907, p. 442).

Engman. — Langue brûlante (Burning Tongue).

(*Arch. of. dermat. and. syph.*, 1920, p. 137).

Feulard H. — Pyodermite impétigineuse de la face, stomatite consécutive, adéno-phlegmon du cou, albuminurie.

(*Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.*, 1895, p. 158).

Fontoynont et Jourdran. — Glossite et stomatite à streptocoques observées à Madagascar.

(*Presse Méd.*, 1903).

- Gaspary J. — Contribution à l'étude des plaques fugitives, de bonne nature, de la muqueuse linguale.
(*Viertelj. für Derm. und Syph.*, 1880, n° 2 et 3).
- Gaston P. — Deux cas de glossite exfoliatrice marginée.
(*Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et Syph.*, 1874, p. 17).
- Gaucher E. et Giroux. — Hérédo-syphilis tertiaire avec ulcération de la jambe gauche; glossite exfoliatrice.
(*Ibid.*, 1908, p. 336).
- Gauthier V. — De la desquamation épithéliale de la langue.
(*Rev. méd. de la Suisse Romande*, n° 10, 1881).
- Goubeau. — Plaques muqueuses de la langue simulant des syphilides muqueuses.
(*Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syph.*, 1925, p. 13).
- Guinon. — Langues géographiques.
(*Rev. des mal. de l'enf.*, Septembre 1887).
- Herbert-French. — Glossite streptococciques chronique.
Langue douloureuse persistante.
(*Mer, Annu., Londres*, 1924) et (*Nouv.*, de 1924, MM., p. 241).
- Jamin H. — Stomatite d'automne.
(*An. Inst. Pasteur de Tunis*, Janvier 1925, p. 126-129).
- Katzenellenbogen. — Sur une glossite épidémique en Palestine.
(*Arch. für Dermat. und Syph.*, Berlin. Bd. CLIV, H. 2, Février 1928).
- Kitzchewartz (M. et Mme). — Glossite exfoliatrice marginée.
(*Congrès des Dermat. et Syph. de lang. Fumeuse*, Bruxelles, 25-28 juillet 1926).
- Lemônnier G. — De la glossite exfoliatrice marginée.
(*Thèse Paris*, 1883).

Lévy Franckel P. A. et Juster E. — Le système sympathique et les glandes endocrines dans la glossite exfoliatrice marginée.

(*Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1922, p. 162).

Mallein. — Epidémie de stomatite chez les tirailleurs sénégalais en France.

(*Thèse Bordeaux*, 1919).

Mathis C. et Guillet. — Sur la nature de l'épidémie de glossite observée au Sénégal.

(*Bull. Soc. de Path. exot.*, T. XVII, n° 7, juin 1925, p. 586-590).

Mibelli. — Sur l'exfoliation en aires de la langue.

(*Gior. Ital. del. mal. ven.*, 1888, n° 4).

Montpellier J. et Catanéi A. — Langue « pileuse et sa-
bleuse » avec *Monilia*.

(*Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1926, p. 78).

Montpellier J. et Catanéi A. — Sur une glossite observée à
Alger, étude du champignon présent au niveau des
lésions.

(*Ibid.*, T. CVI, n° 16, 14 mai 1927, p. 1278-1280).

Montpellier J. et Catanéi A. — Présence du même *Monilia*
chez deux malades porteurs de lésions différentes
de la cavité buccale.

(*C. R. Soc. Biol.*, T. XCV, 17 Juil., 1926, p. 568-569).

Montpellier J. et Catanéi A. — La glossite de Jamin, étude
clinique et remarques étiologiques à propos de
cas observés à Alger.

(*Soc. de Derm. et de Syph.*, 7 Juillet 1927, p. 471-
475, p. 1).

Montpellier J. et Colonieu L. — Une nouvelle glossite: « La
langue de « Jamin ».

(*Rev. Prat. des mal. des pays chauds*, 1927, p. 150).

Montpellier J. et Colonieu L. — La langue de Jamin.

(*Congrès pour l'Av. des Sciences*, Constantine, Avril 1927).

Montpellier J. et Colonieu L. — La langue de Jamin.

(*Soc. méd. d'Alger*, Janvier 1927),

Montpellier et Lacroix A. — La gale filarienne: Onchocercose dermique (Alger, 1922, p. 7).

Nogué M. — Epidémie de glossite, observée au Sénégal.

(*Bulltin. Soc. Path. Exot.*, T. XVII, n° 6, mai 1925, p. 501-507, 1 pl.).

Oppenheim M. — Psoriasis de la muqueuse buccale.

(*Monatsch f. Prakt. dermat.*, T. XXXII, p. 489).

Pariot J. — Syphilis desquamative de la langue.

(*Presse Méd.*, 12 mars 1881).

Pasckin. — Glossite : langue géographique.

(*Ann. de Derm. et de Syph.*, 1892, p. 1908).

Rimé G. — Glossite exfoliatrice marginée.

(*Paris Méd.*, 6 Mars 1926, p. 235-238).

Sabrazès J. et Bousquet. — Maccoglossite aiguë streptococcique.

(*Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syph.*, 1897, p. 200).

Sassier P. — A propos d'une épidémie de glossite.

(*Rev. de Stom.*, t. XXX, n° 7, juillet 1928, p. 423-426).

Sanz de Grado. — Glossite losangique médiane de la face dorsale de la langue.

(*Act. dermat. sifil.*, n° 2, p. 107).

Shaefer E. — Sur la glossite de Möller et ses rapports avec l'anémie pernicieuse.

(*Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 1924, T. CXLVII, p. 201).

Levestre et Gaston. — Stomatite impétigineuse.

(*Ann. de Derm. et de Syph.*, 1891, p. 868).

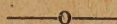
Unna G. — De la desquamation en aires de la paume de la main et de la langue.

(*Viert. für Dermat. und. Syph.*, 2 et 3 H, 1881).

Weill E. et Favre-Gilly. — Epidémie de desquamation linguale, associée à la perlèche.

(*Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, Avril 1906, p. 167).

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION.....	13
HISTORIQUE	17
OBSERVATION TYPE.....	21
SIGNES OBJECTIFS.....	25
SYMPTOMES FONCTIONNELS.....	39
EVOLUTION	42
FORMES CLINIQUES :	
Formes d'après les symptômes fonctionnels.....	43
Formes d'après les signes physiques.....	45
Formes d'après l'évolution.....	47
DIAGNOSTIC :	
DIAGNOSTIC POSITIF.....	49
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.....	49
Affections à type desquamatif totalement différentes de la Glossite de JAMIN.....	50
Affections qui semblent se rattacher par certains points à la Glossite de JAMIN.....	73
Affections qui semblent ne former qu'une seule et même entité morbide avec la Glossite de JAMIN	80
CONSIDÉRATIONS ETIOLOGIQUES.....	87
PRONOSTIC	100
TRAITEMENT	101
CONCLUSIONS	105
OBSERVATIONS :	
Type 1.....	107
Type 2.....	109
Type 3.....	123
BIBLIOGRAPHIE	133

VU :

Le Président de Thèse,

M. RAYNAUD.

VU :

*Le Doyen de la Faculté mixte
de Médecine et de Pharmacie d'Alger,*

ARDIN-DELTEIL.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 29 janvier 1929.

Le Recteur,

TAILLIART.

